



Munich Personal RePEc Archive

Podlasie Economy Starters. Analysis of Economic Growth and Innovation Areas of Podlaskie: Geriatric Rehabilitation Sector

Plawgo, Bogusław and Klimczuk-Kochańska, Magdalena and Citkowski, Mariusz and Juchnicka, Marta and Klimczuk, Andrzej

2009

Online at <https://mpra.ub.uni-muenchen.de/69790/>

MPRA Paper No. 69790, posted 02 Mar 2016 17:16 UTC

STARTERY PODLASKIEJ GOSPODARKI



**Podlaskie Obserwatorium
Rynku Pracy i Prognoz Gospodarczych**

ANALIZA GOSPODARCZYCH OBSZARÓW WZROSTU
I INNOWACJI WOJEWÓDZTWA PODLASKIEGO

SEKTOR REHABILITACJI GERIATRYCZNEJ



**Białystok
2009**



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPOJNOŚCI



UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY





STARTERY PODLASKIEJ GOSPODARKI

Analiza gospodarczych obszarów wzrostu
i innowacji województwa podlaskiego

Sektor rehabilitacji geriatrycznej



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



ZESPÓŁ AUTORSKI :

prof. dr hab. Bogusław Plawgo
dr Magdalena Klimczuk
mgr Mariusz Citkowski
mgr Marta Juchnicka
mgr Andrzej Klimczuk

RECENZENT:

Dr hab. Robert Ciborowski, prof. UwB

ISBN 978-83-926324-7-4

©COPYRIGHT BY WOJEWÓDZKI URZĄD PRACY W BIAŁYMSTOKU,
BIAŁYSTOK 2009

Badanie zostało przeprowadzone w ramach projektu:

**„PODLASKIE OBSERWATORIUM RYNKU PRACY
I PROGNOZ GOSPODARCZYCH”,**

współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego
w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, Działania 8.1 Rozwój pracowników
i przedsiębiorstw w regionie, Poddziałania 8.1.4 przewidywanie zmiany gospodarczej

www.obserwatorium.up.podlasie.pl

DRUK:

BARWA PIOTR KULESZA
15-701 BIAŁYSTOK, UL. KOLEJOWA 12E
www.barwa.pl

Spis treści

I. Koncepcja badania	6
1.1 Uzasadnienie badania	6
1.2 Cele badania	7
1.3 Zakres przedmiotowy badania i jego uzasadnienie	7
1.4 Obszary badawcze	9
II. Metodologia badania	10
2.1 Opis metodologii badania – wstęp	10
2.2 Techniki badawczo-analityczne – ogólna charakterystyka	11
2.2.1 Grupa Ekspertów (GE)	11
2.2.2 Desk Research (DR)	12
2.2.3 Indywidualne Wywiady Pogłębione (IDI/ITI)	12
2.2.4 Zogniskowane Wywiady Grupowe (FGI)	13
2.3 Metody badawczo-analityczne dla poszczególnych obszarów badawczych	15
2.3.1 Obszar analizy 1.: Popytowo-podażowe zewnętrzne uwarunkowania rozwojowe sektora	15
2.3.2 Obszar analizy 2.: Analiza sił konkurencji w sektorze	18
2.3.3 Obszar analizy 3.: Analiza powiązań sektora z rynkiem pracy	19
III. Sektor rehabilitacji geriatrycznej	20
3.1 Pojęcie rehabilitacji geriatrycznej	20
3.2 Sektor usług rehabilitacyjnych w Polsce i w województwie podlaskim	21
IV. Popytowo-podażowe zewnętrzne uwarunkowania rozwojowe sektora	25
4.1 Analiza czynników popytowych	26
4.1.1 Czynniki ekonomiczne	26
4.1.1.1 Zamożność społeczeństwa	26
4.1.1.2 Poziom bezrobocia	27
4.1.1.3 Inflacja	29
4.1.2 Czynniki społeczne	30
4.1.2.1 Trwanie życia	30
4.1.2.2 Styl życia i wzorce konsumpcji	34
4.1.2.3 Jakość życia	39
4.1.2.4 Wykształcenie i postawy osób starszych	41
4.1.2.5 Emigracja ludności	43
4.1.2.6 Polityka społeczna	44
4.2 Analiza czynników podażowych	48
4.2.1 Czynniki ekonomiczne	48
4.2.1.1 Zmiany PKB	48
4.2.1.2 Tempo wzrostu rynku	49
4.2.1.3 Finansowanie opieki zdrowotnej	50
4.2.1.4 Infrastruktura transportowa	54
4.2.2 Czynniki administracyjnoprawne	59
4.2.2.1 Regulacje dostępu do świadczeń zdrowotnych w Polsce	59

4.2.2.2 Prawodawstwo dotyczące wykonywania zawodów związanych z rehabilitacją	61
4.2.2.3 Prawodawstwo związane z tworzeniem uzdrowisk	64
4.2.2.4 Prawodawstwo w zakresie turystyki aktywnej i rekreacji	65
4.2.3 Czynniki międzynarodowe	66
4.2.3.1 Podejście Unii Europejskiej do działań na rzecz osób starszych	66
4.2.3.2 Kontraktowanie usług medycznych za granicą	70
4.2.4 Czynniki społeczne	72
4.2.4.1 Wartości i postawy wobec ludzi starszych	72
4.2.4.2. Wykształcenie kadry	74
4.2.4.3 Emigracja kadry	79
4.2.5 Czynniki środowiskowe	80
4.2.5.1 Położenie geograficzne województwa	80
4.2.5.2 Klimat i zmiany pogodowe	81
4.2.5.3 Występowanie określonych gatunków roślin i zwierząt	84
4.2.5.4 Stan środowiska naturalnego	85
4.3 Szanse rozwoju sektora – wyniki badań przedsiębiorstw i instytucji	91
4.4 Zagrożenia rozwoju sektora – wyniki badań przedsiębiorstw i instytucji	93
4.5 Scenariusze stanów otoczenia	94
4.6 Podsumowanie	102
V. Analiza sił konkurencji w sektorze	104
5.1 Siła dostawców	104
5.1.1 Stopień koncentracji sektora dostawcy	104
5.1.2 Uzależnienie od jakości dostaw	105
5.1.3 Udział dostaw w kosztach	105
5.1.4 Koszt zmiany dostawców	105
5.1.5 Groźba integracji wprzód	106
5.2 Siła nabywców	106
5.2.1 Stopień koncentracji sektora nabywców	106
5.2.2 Uzależnienie nabywców od jakości	107
5.2.3 Udział w kosztach	107
5.2.4 Koszty zmiany odbiorcy	108
5.2.5 Groźba integracji wstecz	108
5.3 Siła konkurencji w sektorze	108
5.3.1 Liczba i siła konkurentów	109
5.3.2 Tempo wzrostu sektora	109
5.3.3 Zróżnicowanie produktów i usług	109
5.3.4 Udział kosztów stałych	109
5.3.5 Bariery wyjścia	110
5.4 Siła nowych usługodawców	110
5.4.1 Korzyści skali działania	110
5.4.2 Wymagania kapitałowe	111
5.4.3 Siła marek i zróżnicowanie produktów	111

5.4.4 Dostęp do kanałów dystrybucji	111
5.4.5 Dostęp do technologii	112
5.5 Siła substytutów	112
5.5.1 Dostępność substytutów	112
5.5.2 Użyteczność substytutów	113
5.5.3 Konkurencyjność cenowa	113
5.5.4 Nasilenie działań marketingowych	113
5.6. Podsumowanie	114
VI. Analiza powiązań sektora z rynkiem pracy	115
6.1 Powiązania instytucji z sektorem rehabilitacji geriatrycznej	115
6.2 Możliwości współpracy w sektorze rehabilitacji geriatrycznej	116
6.3 Analiza dostępności i zapotrzebowania na kadry	117
6.4 Oczekiwania podmiotów sektora w zakresie: umiejętności, kwalifikacji, postaw pracowniczych	119
6.5 Analiza rozwoju kadr pracowniczych	119
6.6 Prognoza zmian w zatrudnieniu	119
6.7 Kierunki oddziaływania instytucji na sektor	120
6.8 Studium przypadku 1. ABM Rehabilitacja	121
6.8.1 Ogólna charakterystyka podmiotu	121
6.8.2 Aktualne zatrudnienie i dostępność kadr	121
6.8.3 Doświadczenia we współpracy z instytucjami rynku pracy	122
6.8.4 Wnioski	123
6.9 Studium przypadku 2. Integracyjne Centrum Wypoczynku, Edukacji i Rehabilitacji WBN „Maniówka”	123
6.8.1 Ogólna charakterystyka podmiotu	123
6.8.2 Aktualne zatrudnienie i dostępność kadr	124
6.8.3 Doświadczenia we współpracy z instytucjami rynku pracy	125
6.8.4 Wnioski	125
6.10 Podsumowanie	126
VII. Analiza SWOT sektora rehabilitacji geriatrycznej	127
VIII. Prognozy rozwoju sektor rehabilitacji geriatrycznej. Rekomendacje	129
Bibliografia	134
Spis rysunków	141
Spis tabel	141
Spis wykresów	141
Załącznik 1. Scenariusz indywidualnego wywiadu pogłębionego IDI/ITI	142
Załącznik 2. Scenariusz zogniskowanego wywiadu grupowego FGI	144
Załącznik 3. Lista podmiotów sektora rehabilitacji geriatrycznej	147

I. Koncepcja badania

1.1 Uzasadnienie badania

Badanie pn. „STARTERY PODLASKIEJ GOSPODARKI – analiza gospodarczych obszarów wzrostu i innowacji województwa podlaskiego” dotyczy przeprowadzenia badań sektorów w gospodarczych obszarach wzrostu i innowacji województwa podlaskiego i jest ściśle powiązane z realizacją projektu Podlaskiego Obserwatorium Rynku Pracy i Prognoz Gospodarczych.

Projekt Podlaskie Obserwatorium Rynku Pracy i Prognoz Gospodarczych jest finansowany w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki 2007-2013, Priorytetu VIII Regionalne kadry gospodarki, Działania 8.1 Rozwój pracowników i przedsiębiorstw w regionie, Poddziałania 8.1.4 Przewidywanie zmiany gospodarczej. Ideą projektu jest zebranie w jednym miejscu szerokiego zestawu danych, analiz i prognoz odpowiadających potrzebom informacyjnym podmiotów funkcjonujących w gospodarce województwa podlaskiego.

Zapoczątkowanie takiego projektu spowodowane było potrzebą zbudowania jednego spójnego systemu informacyjnego w województwie, który pozwoli na stałą analizę aktualnych zjawisk gospodarczych, w tym zachodzących na rynku pracy, i przewidywania zmiany gospodarczej. Prowadzone dotychczas badania, analizy i prognozy dotyczące województwa charakteryzowały się brakiem ciągłości. Ponadto wykorzystanie wyników prowadzonych badań i analiz ograniczało się głównie do środowiska akademickiego lub środowisk współpracujących z akademickim. Tymczasem informacja gospodarcza, w tym dotycząca rynku pracy, zawarta w wynikach badań powinna wspierać podejmowanie decyzji w obszarze polityki społecznogospodarczej oraz praktycznej działalności gospodarczej. Jej wymiana może prowadzić do zacieśnienia współpracy pomiędzy instytucjami kreującymi w regionie politykę społecznogospodarczą. Brak cyklicznych działań o charakterze badawczoanalitycznym zrodził pilną potrzebę wypracowania systemu pozyskiwania określonych danych, ich analizowania, wyciągania wniosków na przyszłość i upowszechniania wyników badań wśród decydentów prowadzących politykę województwa oraz innych instytucji i organizacji sektora społecznogospodarczego.

Celem projektu Podlaskie Obserwatorium Rynku Pracy i Prognoz Gospodarczych jest dostarczenie aktualnej i rzetelnej informacji dotyczącej uwarunkowań społecznogospodarczych w regionie, aktualnych trendów rozwojowych i prognoz zmian zachodzących w gospodarce regionu, w tym na rynku pracy, oraz w jej otoczeniu, ułatwiającej podejmowanie decyzji w zakresie polityki społecznogospodarczej. Projekt obejmuje opracowanie modelu prognozowania zmian gospodarczych w sensie regionalnego systemu pozyskiwania i analizowania danych niezbędnych dla przewidywania aktualnych trendów i prognozowania zmian gospodarczych.

Na pierwszym etapie opracowania modelu przeprowadzone zostało badanie potrzeb podmiotów występujących w gospodarce województwa podlaskiego oraz ich relacji i powiązań. Badanie tych podmiotów wyłoniło luki informacyjne, pozwalające na określenie potrzeb podmiotów w ramach luk, na podstawie czego zostały sformułowane pierwsze priorytetowe obszary badawcze.

Kolejny etap to opracowanie systemu określającego rodzaje informacji i kanały dystrybucji do zainteresowanych podmiotów. Sformułowane zostały plany bieżącego funkcjonowania Obserwatorium (cykliczność badań i ukazywania się informacji, źródła i rodzaje pozyskiwania danych do baz danych).

W ramach realizacji planów bieżącego funkcjonowania Obserwatorium są dokonywane cykliczne analizy, badania i prognozy oraz systematyzowane dostępne dane statystyczne. Stworzono m.in. bazę informacyjną w postaci „mapy regionalnej” i 14 „map lokalnych” dla każdego z powiatów województwa podlaskiego. Zawiera ona zestawienia wskaźników charakteryzujących dany obszar. Zadaniem Obserwatorium

jest również upowszechnianie i wymiana pozyskanych informacji zgodnie z opracowanymi kanałami dystrybucji. Działanie to ma doprowadzić do usprawnienia i utrwalenia współpracy oraz wymiany informacji pomiędzy organizacjami wspierającymi rozwój społecznogospodarczy na szczeblu regionalnym i lokalnym, a w efekcie do zwiększenia trafności decyzji w obszarze polityki społecznogospodarczej.

W ten sposób Wojewódzki Urząd Pracy w Białymstoku kompleksowo buduje unikalny i praktyczny model pozyskiwania, analizowania oraz uaktualniania informacji gospodarczej. W te działania wpisuje się przeprowadzenie analizy sektora, który może potencjalnie stać się obszarem wzrostu innowacji w województwie podlaskim. Proponuje się przy tym przeprowadzenie analiz w obszarze wzrostu spoza sektorów kluczowych województwa podlaskiego, jakim jest rehabilitacja geriatryczna.

1.2 Cele badania

Celem głównym badania jest wskazanie i przeanalizowanie tych obszarów, które w gospodarce ogólnosiowej wykazują duży potencjał rozwojowy, a w województwie podlaskim nie występują bądź występują w postaci załazkowej. Ponadto przeprowadzone analizy mają prowadzić do osiągnięcia następujących celów szczegółowych:

1. Ustalenia głównych determinant i barier rozwojowych występujących w przedmiotowych obszarach wzrostu.
2. Przedstawienia prognozy przyszłości rozwoju danego obszaru w województwie podlaskim, z uwzględnieniem jego zagrożeń i szans rozwojowych.
3. Dostarczenia obiektywnych i wyczerpujących informacji, niezbędnych funkcjonującym, jak również potencjalnym przedsiębiorstwom w procesie planowania strategicznego i określaniu ich pozycji konkurencyjnej.
4. Wskazania podmiotom sfery regulacji (w tym instytucjom rynku pracy, władzom lokalnym i regionalnym), poprzez identyfikację barier rozwojowych, kierunków działań zmierzających do ich ograniczenia.
5. Dostarczenia informacji w zakresie istniejących form i możliwości wsparcia obszaru ze środków krajowych i unijnych.

1.3 Zakres przedmiotowy badania i jego uzasadnienie

W ostatnich latach szybko następuje proces starzenia się ludności kraju. O ile w 2000 r. liczba osób w wieku poprodukcyjnym wynosiła 5 660,1 tys., co stanowiło 14,8% ogółu populacji, to w 2007 r. liczba osób z przedmiotowej grupy wiekowej wyniosła już 6 082,5 tys., co dawało odsetek 16,0% w relacji do łącznej liczby ludności Polski [84, s. 195]. Przewiduje się, że w perspektywie roku 2035 udział osób w wieku poprodukcyjnym będzie wynosił 26,7%, co oznacza jego wzrost o prawie 12,0% w porównaniu do roku 2000.

Proces starzenia demograficznego ludności dotyka większości krajów rozwiniętych. Poziom starości demograficznej mierzony odsetkiem ludzi starych jest bardziej zaawansowany w wielu krajach europejskich niż w Polsce. Jednak zjawisko to przybiera na sile również w Polsce, włączając w to województwo podlaskie. W województwie podlaskim według danych Głównego Urzędu Statystycznego liczba osób w wieku poprodukcyjnym zgodnie ze stanem na dzień 31 XII 2007 r. wynosiła 202,6 tys., co stanowiło niemal 17,0% ogółu ludności województwa [85, s. 372].

Dostrzegany problem starzejącego się społeczeństwa rodzi konieczność ustosunkowania się do niego i podjęcia zakrojonych na szeroką, wykraczającą poza granice regionu, skalę działań zmierzających do,

zniwelowania jego ujemnych skutków, zarówno w sensie ekonomicznym, jak i społecznym. Proponowany kierunek badań stwarza okazję do zajęcia się z pozoru mało atrakcyjną, z punktu widzenia prowadzonego w skali przedsiębiorstwa rachunku ekonomicznego, dziedziną działalności, jaką stanowią usługi rehabilitacji geriatrycznej.

Zapisane powyżej uwagi stanowią główne uzasadnienie determinujące konieczność zainteresowania się tym obszarem usług. Jak wynika z długookresowych prognoz demograficznych, problem starzejącego się społeczeństwa nie wygasa, a przybiera na sile. Wydłużająca się średnia długość życia powoduje, że następuje wzrost zapotrzebowania na szereg usług charakterystycznych dla wieku podeszłego, w tym usług rehabilitacyjnych. Zwiększająca się skala emigracji zarobkowych, zanik tradycyjnej wielopokoleniowej rodziny wiejskiej – to dodatkowe czynniki wymuszające wzrost zainteresowania kwestią opieki nad przedstawicielami starszego pokolenia. Potrzeby na ten rodzaj usług w różny sposób zaspokajane są w skali poszczególnych krajów. Różnice między modelami świadczenia usług geriatrycznych dotyczą samych rozważań systemowych, sposobów finansowania, zakresu świadczonych usług. Brak jest jednego optymalnego rozwiązania, które mogłoby być traktowane jako uniwersalne w każdych warunkach. Wśród popularnych form świadczenia opieki geriatrycznej wymienia się najczęściej:

- dzienny szpital geriatryczny (np. Wielka Brytania),
- hospitalizację domową (np. Francja, USA, Kanada, Holandia),
- program kompleksowej opieki dla ludzi w wieku podeszłym (np. USA),
- ośrodki opieki przejściowej.

W Meklemburgii Pomorze Przednie, gdzie postawiono na działania wspierające zdrowy tryb życia, w szeroko rozumianym sektorze zdrowia pracuje obecnie około 86 tys. osób i przewiduje się dalszy wzrost. Prowadzona jest międzybranżowa kooperacja, w ramach której współpracują ze sobą przedstawiciele świata medycyny, przedsiębiorstwa techniki medycznej, techniki informacyjno-komunikacyjnej oraz przemysłu farmaceutycznego i kosmetycznego [37]. Warto podkreślić, że ten rodzaj usług może być realizowany zarówno na rzecz „odbiorcy” wewnętrznego, jak i zewnętrznego. Z jednej strony zatem spotykamy się z naturalną potrzebą szukania sposobów rozwiązania problemu opieki i rehabilitacji geriatrycznej, z drugiej z możliwością wykorzystania własnego potencjału do świadczenia tych usług na rzecz ogromnej rzeszy potencjalnych klientów wywodzących się z innych części kraju, a nawet innych państw.

Wskazane powyżej obiektywne procesy demograficzne stwarzają wyzwania społeczne, jednocześnie jednak stają się poważną przesłanką dla rozwoju nowych sektorów gospodarczego wzrostu, do jakich w tym kontekście należy zaliczyć rehabilitację geriatryczną. Z tej perspektywy zasadnym jest podjęcie analiz dotyczących możliwości rozwoju tego sektora w województwie podlaskim jako istotnego potencjału rozwojowego. Niezbędne jest przy tym uwzględnienie uwarunkowań wewnętrznych, określających możliwości prowadzenia tego rodzaju działalności na terenie województwa podlaskiego, do których należy fakt położenia województwa podlaskiego na unikatowym obszarze Zielonych Płuc Polski, który to ze względu na szczególne, wyróżniające go cechy stanowi niezwykle atrakcyjny, potencjalnie możliwy do zagospodarowania „produkt rynkowy”. Dobra jakość środowiska przyrodniczego oraz nieskażona przez cywilizację przyroda sprzyjają w sposób naturalny rozwojowi rehabilitacji geriatrycznej. Duże znaczenie ma również istniejący w województwie podlaskim potencjał naukowy, predysponujący je do świadczenia tego rodzaju usług nawet na szerszą, ponadregionalną skalę. Wymieniony potencjał ujawnia się w zasobach kadrowych Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, który z powodzeniem mógłby stanowić źródło podaży wykwalifikowanych pracowników w specjalności geriatrycznej.

Uwzględnienie zarówno ogólnych zjawisk demograficznych, jak i innych uwarunkowań województwa podlaskiego, wskazuje na potrzebę rozważenia, w jakim stopniu sektor rehabilitacji geriatrycznej jest

potencjalnym obszarem wzrostu gospodarki regionu.

1.4 Obszary badawcze

W odniesieniu do analizowanego sektora zostały przeprowadzone analizy w następujących obszarach:

Obszar 1. Popytowo-podażowe zewnętrzne uwarunkowania rozwojowe sektora.

Obszar 2. Analiza sił konkurencji w sektorze.

Obszar 3. Analiza powiązań sektora z rynkiem pracy.

Pierwszy obszar obejmował analizę dwóch grup czynników oddziałujących na sektor:

- popytowych: ekonomiczne, społeczne, prawno-administracyjne, międzynarodowe,
- podażowych: ekonomiczne, technologiczne, społeczne, prawne i międzynarodowe, środowiskowe.

W obszarze 2. dokonano analizy głównych składników otoczenia konkurencyjnego przedsiębiorstw sektora, w tym takich jak:

- dostawcy-nabywcy (stopień koncentracji sektora dostawcy-nabywcy; uzależnienie jakości produktu finalnego od jakości produktu nabywanego od dostawcy; udział dostawcy w tworzeniu kosztów odbiorcy; koszty zmiany dostawcy lub odbiorcy; możliwości integracji pionowej; profil nabywcy),
- istniejący i potencjalni konkurenci (stopień koncentracji sektora; liczba i struktura konkurentów; zakres konkurowania, potencjał globalizacyjny sektora; grupy strategiczne),
- ryzyko pojawienia się nowych producentów/substytutów (atrakcyjność sektora: obecna i przewidywana wielkość i rentowność sektora; wysokość barier wejścia/wyjścia: ekonomiczne, społeczne, technologiczne, formalnoprawne; możliwości represji ze strony podmiotów sektora).

Natomiast w obszarze 3. została podjęta próba analizy stanu zatrudnienia oraz zmian w zatrudnieniu, w tym:

- analiza dostępności i zapotrzebowania na kadry (stopień i źródła zaspokojenia potrzeb kadrowych pracodawcy; stopień realizacji wymagań pracodawcy w zakresie: umiejętności i kwalifikacji, postaw pracowniczych, poziomu wynagrodzeń),
- analiza rozwoju kadr pracowniczych,
- prognoza zmian w zatrudnieniu.

Zapisana zawartość poszczególnych analiz jest analogiczna z zakresem analizy, jaka została prowadzona w odniesieniu do sektora producentów artykułów i sprzętu medycznego. To pozwoliło na zachowanie podobnej struktury raportów z badań i dokonanie porównań między badanymi obszarami wzrostu i innowacji w województwie podlaskim.

II. Metodologia badania

2.1 Opis metodologii badania – wstęp

Z punktu widzenia osiągnięcia celów badania należy uznać, że najbardziej właściwym podejściem jest zastosowanie metodyki *foresight*. *Foresight* to metoda wspomagająca w zakresie poprawy innowacyjności i konkurencyjności regionu. Proces gromadzenia informacji o przyszłości i na tej podstawie budowanie średnio- i długoterminowej wizji rozwojowej regionu umożliwia podejmowanie bieżących decyzji oraz mobilizowanie wspólnych działań na przyszłość. Metodologia *foresight* jest zastosowaniem nowego podejścia do prowadzenia analiz na poziomie narodowym czy regionalnym.

Nowoczesne przewidywanie oznacza proces systematycznego podejścia do identyfikacji przyszłych zjawisk w sferze nauki, technologii, ekonomii i zjawisk społecznych. *Foresight* uznaje się za proces ciągły. Przykładem może być Japonia, gdzie cykl badawczy powtarza się co 5 lat. Składa się on z: przygotowania ankiet, przeprowadzania badań, publikowania wyników i dyskusji. Jednocześnie gromadzi się materiały służące do formułowania kolejnych hipotez, które poddane zostaną weryfikacji. Celem *foresightu* jest bowiem rozpoznanie strategicznych obszarów badawczych, by następnie doświadczenia te mogły przynieść korzyści w życiu codziennym [33]. Realizacja tego zamierzenia byłaby bardzo utrudniona, gdyby występowały dłuższe przerwy w tworzeniu opracowań. W przypadku budowania tradycyjnej prognozy zazwyczaj nie prowadzi się badań ciągłych.

Podstawowym zadaniem procesu *foresight* jest identyfikowanie kluczowych kierunków rozwoju i ich opisywanie celem stworzenia płaszczyzny dla debaty publicznej prowadzącej do konsensusu w zakresie celów społecznie pożądaných i sposobów ich osiągnięcia [126]. Ten sposób rozumienia procesu *foresight* eksponuje znaczenie partycypacji, które leży u podstaw generowania szeroko pojmowanych planów rozwojowych i ich realizacji.

W przypadku nowoczesnego prognozowania typu *foresight* można mówić o projektach regionalnych, technologicznych i ich kombinacjach. Podstawą *foresightu* regionalnego jest jego przestrzenny wymiar odnoszący się do procesów zachodzących lub mających wpływ na rozwój danego układu regionalnego. Służy on analizie trendów rozwojowych danego obszaru pod kątem preferencji jego społeczności. *Foresight* regionalny, oparty o platformę wymiany informacji różnych grup interesariuszy, pozwala na wybór priorytetów rozwojowych, których realizacja tworzy istotną przesłankę dla budowania trwałej przewagi konkurencyjnej danego układu terytorialnego. Szczególną rolę w tym procesie odgrywają władze publiczne [53].

Co ważne, *foresight* nie jest autonomiczną metodą badawczą, lecz zbiorem narzędzi umożliwiających konstrukcję scenariusza rozwoju w stosunkowo dalekiej perspektywie. Na katalog narzędzi *foresight* składają się m.in.: metody badawcze analityczne i heurystyczne, analiza trendów oraz intuicja uczestników procesu prognozowania. Tym samym przeprowadzenie badań ma na celu nie tyle dokładne określenie przyszłych zjawisk, co raczej lepsze przygotowanie do przyszłości [48, s. 7].

W procesie opracowywania badań typu *foresight* wykorzystuje się wiele tradycyjnych metod badawczych. Zastosowanie konkretnej metody zależy od specyfiki badań oraz od pożądaných rezultatów. Często przewidywanie przy użyciu jednej techniki następuje po wstępnym rozeznaniu dokonanym za pomocą innych narzędzi. W ramach analizy sektorów potencjalnego wzrostu województwa podlaskiego zastosowano przedstawione poniżej metody i techniki badawcze:

1. Metoda analizy SWOT,
2. Metoda scenariuszowa,
3. Metoda pięciu sił Portera,

4. Metoda badań terenowych,
5. Metoda studium przypadku.

Metody te pozwoliły na przeprowadzenie analiz otoczenia sektora, w tym makrootoczenia oraz otoczenia konkurencyjnego. Dzięki ich zastosowaniu możliwe było dokonanie analizy czynników oddziałujących na sektor w ujęciu popytowym i podażowym, a także analiza sił konkurencji w sektorze. Ich łączne wykorzystanie pozwoliło na uwzględnienie aspektów prognostycznych typu *foresight*. W celu wykorzystania tych metod zostały zastosowane następujące rodzaje technik badawczych:

1. Grupa Ekspertów (GE),
2. Desk Research (DR),
3. Indywidualne Wywiady Pogłębione (IDI/ITI),
4. Zogniskowane Wywiady Grupowe (FGI).

Taka kompozycja poszczególnych technik badawczych pozwoliła na przeprowadzenie całościowych analiz. Za każdym razem wyniki badań Desk Research stanowiły podstawę dalszych prac i służyły jako baza do stosowania kolejnych technik badawczych. Spotkania Grupy Ekspertów pozwoliły na każdorazową weryfikację wyników analiz Desk Research, zaś Indywidualne Wywiady Pogłębione i Zogniskowane Wywiady Grupowe umożliwiły doprecyzowanie wyciągniętych na etapie badań Desk Research wniosków oraz poszerzenie wiedzy na dany temat.

2.2 Techniki badawczo-analityczne – ogólna charakterystyka

2.2.1 Grupa Ekspertów (GE)

Zorganizowanie **Grupy Ekspertów (GE)** jest elementem procedury mającej na celu wyłonienie „ciała opiniotwórczego” w celu prowadzenia badań. W procesie prognozowania zjawisk może brać udział od kilku do kilkuset ekspertów. Za eksperta uważa się osobę, która została zaproszona do udziału w badaniu ze względu na swoją osobowość, wiedzę, szerokie horyzonty myślowe. Są to zatem osoby, do których kompetencji w określonej dziedzinie jest zaufanie [12, s. 161].

Podstawowym założeniem tej techniki jest uznanie, że trafność sądów grupowych jest zazwyczaj wyższa niż indywidualnych ekspertów. Informacje dotyczące przedmiotu badań otrzymane od grupy są co najmniej tak wartościowe, jak od każdego z uczestników grupy z osobna. Duża wiedza jednych ekspertów w określonej dziedzinie może rekompensować niewiedzę innych ekspertów, którzy posiadają szeroką wiedzę w innych dziedzinach. Odpowiedni dobór ekspertów, którzy będą ze sobą współpracować i wymieniać się swoją wiedzą, często powoduje, że równoważą się ich poglądy. Należy również zaznaczyć, iż w grupie łatwiej przychodzi podejmowanie ryzyka sformułowania wniosków i rekomendacji. Jest to bardzo istotne w procesie badawczym, szczególnie gdy związany jest on z prognozowaniem.

By właściwie dobrać osoby do grupy ekspertów, wykonawca kierował się następującymi zasadami [12, s. 161]:

- grupa ekspertów powinna być uniwersalna, złożona zarówno z ludzi wszechstronnych, zainteresowanych przyszłością, jak i z reprezentantów specjalistycznych dziedzin nauki i praktyki,
- wybrane osoby powinny niezależnie myśleć oraz mieć niezależną wizję przyszłości,
- grupa powinna być odpowiednio liczna, by reprezentowane były różne poglądy.

W literaturze przedmiotu nie ma wspólnego stanowiska odnośnie optymalnej wielkości grupy. Jest ona również uzależniona od przyjętej metody eksperckiej. Jednak w przypadku tzw. „burzy mózgów”, a była to podstawowa metoda stosowana w pracach wyłonięnej grupy ekspertów, uważa się, że powinna być raczej

mniejsza niż większa i liczyć od 2 do 9 uczestników [32, s. 33].

Grupa Ekspertów istniała przez cały okres realizacji badania. W jej skład wchodziły osoby z zespołu oraz jeden ekspert z badanego sektora rehabilitacji geriatrycznej. Był to przedstawiciel jednego z gabinetów rehabilitacyjnych z Białegostoku.

Formuła spotkań Grupy Ekspertkiej była traktowana jako jedna z podstawowych technik badawczych, stąd też częstotliwość spotkań grupy ekspertów zależna była od stanu realizacji poszczególnych etapów przewidzianych w ramach prowadzonych analiz. Spotkania służyły weryfikacji wstępnej wersji pytań badawczych do indywidualnych wywiadów pogłębionych (IDI/ITI 1, IDI/ITI 2, IDI/ITI 3), które zostały zapisane w raporcie metodologicznym, oraz listy uczestników wywiadów. W trakcie spotkań dokonano konsultacji analizy pięciu sił Portera dla sektora, czyli wstępnej analizy sił konkurencji w sektorze, oraz opracowania analizy SWOT. Została przeprowadzona weryfikacja wstępnej wersji pytań badawczych do Zogniskowanego Wywiadu Grupowego (FGI). Ponadto wspólnie z ekspertem z sektora opracowano scenariusze przyszłości sektora. W trakcie spotkań omawiano również bieżące sprawy dotyczące realizacji projektu, w tym chociażby program pierwszego seminarium promocyjnego.

2.2.2 Desk Research (DR)

Badania ze źródeł wtórnych (DR) (ang. *Desk Research – badanie gabinetowe*). W rozwiązywaniu problemu badawczego często wykorzystuje się wtórne źródła informacji. Dane wtórne to takie, które już istnieją, zostały przez kogoś wcześniej zgromadzone, przetworzone i opracowane w formie umożliwiającej korzystanie z nich. Proces ich pozyskania ze względu na ogólną dostępność jest dość szybki, jednak, w tym przypadku, ważne jest wyodrębnienie spośród wielu informacji tylko tych, które są istotne z punktu widzenia analizowanego problemu. Realizacja badań techniką Desk Research nie jest związana z pozyskaniem nowych informacji, a jedynie ze zgromadzeniem, przetworzeniem i analizą danych już istniejących.

W ramach projektu przeprowadzono badanie Desk Research służące rozpoznaniu zewnętrznych uwarunkowań rozwoju sektora. Analiza dokumentów i literatury przedmiotu prowadzona była jako jeden z pierwszych etapów realizacji badania. Treść wyników analizy w głównej mierze została umieszczona w rozdziale IV raportu. Przy czym należy zwrócić uwagę, że badanie Desk Research stanowiło podstawę do realizacji wszystkich pozostałych działań przy zastosowaniu zaplanowanych metod i technik badawczych.

2.2.3 Indywidualne Wywiady Pogłębione (IDI/ITI)

Indywidualne Wywiady Pogłębione (IDI) (ang. *Individual in-Depth Interviews*) stanowią jedną z bardziej popularnych metod badań jakościowych, polegającą na wnikliwej rozmowie z respondentem, której celem jest dotarcie do informacji oraz pogłębienie wiedzy związanej z tematem badania. W trakcie wywiadu indywidualnego zadawane są pytania badawcze o charakterze eksploracyjnym, podejmowane są próby wyjaśniania zjawisk, motywacji, postaw, zachowań.

Indywidualne wywiady pogłębione były źródłem istotnych informacji i opinii, a także pozwoliły na poznanie zdania istotnych osób w poszczególnych obszarach badawczych. Stanowiły one cenny materiał badawczy do pracy nad rekomendacjami.

Badania przeprowadzone metodą IDI składały się z następujących etapów: skonstruowanie próby, na której będzie przeprowadzane badanie, przeszkolenie osób prowadzących wywiady, przygotowanie i dopracowanie scenariusza spotkania, przeprowadzenie wywiadów. Zastosowanie metody IDI zapewnia

względnie duże możliwości przeprowadzania wywiadów z grupą osób, które z uwagi na pełnione funkcje są trudno dostępne. Waga i złożoność problemu oraz pozycja respondentów wykluczają zastosowanie w tej części badań narzędzi ilościowych. Do badań podmiotów w odległych lokalizacjach została wykorzystana metoda polegająca na przeprowadzeniu **Pogłębionych Wywiadów Telefonicznych (ITI)** (ang. *Individual Telephone Interview*).

W trakcie przygotowania ekspertyzy zostały sformułowane pytania i zrealizowane trzy różne rodzaje Indywidualnych Wywiadów Pogłębionych (Załącznik 1).

Celem pierwszego rodzaju Indywidualnych Wywiadów Pogłębionych (IDI/ITI 1) było zebranie danych do wszystkich trzech obszarów badawczych: obszaru pierwszego: *Popytowo-podażowe zewnętrzne uwarunkowania rozwojowe sektora*, obszaru drugiego: *Analiza sił konkurencji w sektorze*, obszaru trzeciego: *Powiązania sektora z rynkiem pracy*. Zebrane dane pozwoliły na uzupełnienie opracowanej na podstawie Desk Research analizy SWOT sektora oraz analizy pięciu sił Portera. Dodatkowo pojawiły się ogólne pytania dotyczące rynku pracy. Została tu zastosowana nielosowa metoda doboru respondentów – metoda „kuli śnieżnej” (ang. *Snowball Sampling*) [20]. Polega ona na tym, że badacz zbiera dane o kilku członkach badanej populacji, których da się łatwo odszukać, a następnie prosi te osoby o dostarczenie informacji potrzebnych do odnalezienia innych, znanych im członków tej populacji. Określenie „kula śnieżna” odnosi się do procesu akumulacji, gdyż każda odszukana osoba wskazuje inne osoby. Metoda ta jest używana przede wszystkim do celów eksploracyjnych, a więc wydaje się zasadna do rozpoznania potencjalnego obszaru wzrostu w województwie podlaskim, gdyż ważne jest przeprowadzenie wywiadów w kluczowych podmiotach sektora. W takim przypadku łatwiej jest odnaleźć kilku przedstawicieli danej grupy i dopiero przy ich pomocy lub rekomendacji poszukiwać kolejnych osób i podmiotów spełniających pożądane kryteria. W ramach badania przeprowadzono 13 wywiadów w przedsiębiorstwach z sektora rehabilitacji, które funkcjonują na terenie województwa podlaskiego. Wśród nich znalazły się cztery ośrodki rehabilitacyjno-wypoczynkowe, jeden ośrodek SPA i *wellness* oraz osiem gabinetów rehabilitacyjnych.

Drugi rodzaj Indywidualnych Wywiadów Pogłębionych (IDI/ITI 2) dotyczył głównie pierwszego obszaru analizy: *Popytowo-podażowe zewnętrzne uwarunkowania rozwojowe sektora* i trzeciego obszaru analizy: *Analiza powiązań sektora z rynkiem pracy*. Dodatkowo pojawiły się pytania pozwalające na wstępne rozpoznanie opinii respondentów o sytuacji w sektorze rehabilitacji geriatrycznej. Na ich podstawie również uzupełniono opracowaną na podstawie Desk Research analizę SWOT sektora. Uczestnikami byli przedstawiciele jednej instytucji pośrednictwa pracy, pięciu szkół medycznych, w tym Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, jednej instytucji szkoleniowej, Urzędu Marszałkowskiego Województwa Podlaskiego – Departament Zdrowia i Departament Edukacji, Sportu i Turystyki oraz Podlaskiego Urzędu Wojewódzkiego – Wydział Polityki Społecznej. W ramach badania przeprowadzono 10 wywiadów.

Trzeci rodzaj wywiadów IDI/ITI 3 dotyczył trzeciego obszaru badawczego: *Analiza powiązań sektora z rynkiem pracy*. W ramach badania zostały przeprowadzone 2 wywiady. Uczestnikami IDI/ITI 3 były dwa przedsiębiorstwa działające w badanym sektorze. Podmioty te zostały wytypowane na podstawie wyników przeprowadzonych wywiadów IDI/ITI 1 i IDI/ITI 2.

2.2.4 Zogniskowane Wywiady Grupowe (FGI)

Zogniskowany Wywiad Grupowy (FGI) (ang. *Focus Group Interview*) to metoda, która pozwala na obserwowanie i wykorzystanie zjawiska dynamiki grupy. Uczestnicy spotkania nie działają w izolacji, lecz wzajemnie się stymulują i inspirują do dyskusji, co przydaje wartości uzyskanym w ten sposób informacjom. Zogniskowane Wywiady Grupowe to technika badawcza polegająca na dyskusji grupy respondentów

o zbliżonych doświadczeniach, aczkolwiek różniących się wyznaczonymi cechami społeczno-demograficznymi. Dzięki temu badane zagadnienia były szczegółowo omawiane pod różnymi kątami oraz pobudzana była kreatywność uczestników, co umożliwiło uzyskanie ciekawych rozwiązań stawianych problemów.

Badanie dotyczyło analizy w obszarze pierwszym: *Popytowo-podażowe zewnętrzne uwarunkowania rozwojowe sektora* oraz w obszarze trzecim: *Analiza powiązań sektora z rynkiem pracy*. Grupa fokusowa prowadzona była według zbudowanego scenariusza (Załącznik 2). Scenariusz zawierał zagadnienia w formie przykładowych pytań, które stanowiły podstawę luźnej dyskusji prowadzonej podczas wywiadu. W realizacji wywiadów udział wzięło 7 osób. Byli to przedstawiciele: Urzędu Miejskiego w Augustowie, trzech instytucji edukacyjnych oraz jednej instytucji zajmującej się rynkiem turystycznym w regionie. Należy dodać, że w grupie uczestników spotkania fokusowego udział brał konsultant wojewódzki ds. geriatry w województwie podlaskim. Wybór uczestników FGI został dokonany przez Wykonawcę w trakcie prac grupy ekspertów. Badania zostały przeprowadzone 16 października 2009 roku.

Łącznie w ramach badania sektora zastosowano pięć różnych metod badawczych, z wykorzystaniem czterech różnych technik badawczych. Poniższa tabela przedstawia podsumowanie zastosowanych technik badawczych.

Tabela 1.
Podsumowanie technik badawczych

Lp.	Rodzaje technik badawczych	Badania	Liczba respondentów / wywiadów / badań
1.	Grupa Ekspertów (GE)	-	1 grupa
2.	Desk Research (DR)	Badanie ze źródeł wtórnych składające się z analizy trzech obszarów: a) uwarunkowań rozwoju, b) sił konkurencji oraz c) powiązań z rynkiem pracy w sektorze rehabilitacji geriatrycznej	1 badanie
3.	Zogniskowane Wywiady Grupowe (FGI)	Wywiady dotyczące uwarunkowań rozwoju oraz powiązań z rynkiem pracy w sektorze rehabilitacji geriatrycznej	1 wywiad, w grupie fokusowej 7 osób
4.	Indywidualne Wywiady Pogłębione (IDI/ITI)	Wywiady dotyczące uwarunkowań rozwoju sektora rehabilitacji geriatrycznej	13 wywiadów
		Wywiady dotyczące powiązań z rynkiem pracy w sektorze rehabilitacji geriatrycznej	10 wywiadów
		Wywiady do opracowania studium przypadku dotyczące powiązań z rynkiem pracy w sektorze rehabilitacji geriatrycznej	2 wywiady

2.3 Metody badawczo-analityczne dla poszczególnych obszarów badawczych

2.3.1 Obszar analizy 1.: Popytowo-podażowe zewnętrzne uwarunkowania rozwojowe sektora

A. Zakres analizy w obszarze 1.: Analiza czynników oddziałujących na sektor:

- popytowych: ekonomiczne, społeczne, prawno-administracyjne, międzynarodowe
- podażowych: ekonomiczne, technologiczne, społeczne, prawne i międzynarodowe, środowiskowe.

B. Zastosowane metody i techniki realizacji badań:

Metoda scenariuszowa

Uzasadnienie zastosowania metody

Metoda scenariuszowej służyła przede wszystkim określeniu kierunków rozwoju sektora w województwie podlaskim.

Burzliwość otoczenia i kryzys finansowy na świecie implikują konieczność zintensyfikowania stosowania narzędzi badawczych, które pozwalają na zmniejszenie poziomu niepewności w podejmowaniu decyzji strategicznych i zwiększają elastyczność wariantów strategii w przedsiębiorstwach, jak i w sektorach. Metoda scenariuszowa nie służy jedynie prognozowaniu przyszłości, ale również planowaniu w warunkach zmiennego i nieustrukturalizowanego otoczenia. Sporządzone scenariusze pozwoliły na określenie, w jakim przedziale zmienności w przyszłości będzie znajdować się sektor rehabilitacji geriatrycznej.

Powyższa charakterystyka zastosowanej metody pozwala uznać ją za szczególnie ważną w aktualnej sytuacji na świecie. Metoda ta pozytywnie wyróżnia się na tle innych metod analizy otoczenia, przede wszystkim ze względu na zdolność do uwzględniania dynamiki warunków zewnętrznych funkcjonowania danego sektora. Dzięki zastosowaniu różnych technik badawczych uzyskano scenariusze przyszłości uwzględniające wariantowość zachowań w różnych warunkach otoczenia. W trakcie prowadzonej w sektorze analizy tendencji były badane czynniki i trendy w sferach m.in.: ekonomicznej, społecznej, administracyjno-prawnej, środowiskowej, międzynarodowej.

Opracowanie scenariuszy stanów otoczenia objęło:

- scenariusz optymistyczny,
- scenariusz pesymistyczny,
- scenariusz niespodziankowy,
- scenariusz najbardziej prawdopodobny.

Scenariusz optymistyczny tworzony jest przy założeniu najbardziej korzystnych dla sektora, czy przedsiębiorstwa zmian w otoczeniu.

Scenariusz pesymistyczny tworzą te trendy i procesy, które będą miały negatywny wpływ na przedsiębiorstwo.

Scenariusz niespodziankowy zawiera trendy, które niezależnie od potencjalnej siły negatywnego, czy pozytywnego wpływu mają najmniejsze prawdopodobieństwo wystąpienia.

Scenariusz najbardziej prawdopodobny to taki, w którym zakłada się trendy zmian w otoczeniu, których wystąpienie charakteryzuje się największym prawdopodobieństwem.

Procedura tworzenia tych scenariuszy składała się z pięciu etapów (tabela 2. Analiza tendencji w otoczeniu):

1. Identyfikacja makrootoczenia i otoczenia konkurencyjnego oraz tych składników, które mają decydujący wpływ na funkcjonowanie sektora lub organizacji.
2. Tworzenie skali ocen (np. negatywna lub pozytywna siła wpływu określona w skali od -5 do +5

punktów).

3. Uporządkowanie trendów według poszczególnych scenariuszy stanów otoczenia, gdzie dokonuje się oceny zidentyfikowanych uprzednio, istotnych dla funkcjonowania przedsiębiorstwa, procesów w otoczeniu. Oceny tej dokonuje się pod względem:
 - siły wpływu danego procesu na sektor czy organizację (skala od -5 do +5 punktów),
 - prawdopodobieństwa wystąpienia danego procesu według trzech wariantów zmian.

Dodatkowo do każdego z analizowanych zjawisk czy procesów zostaną odniesione trzy tendencje:

- tendencja wzrostowa procesu w przyszłości,
 - tendencja stabilizacyjna procesu w przyszłości,
 - tendencja spadkowa procesu w przyszłości.
4. Uporządkowanie trendów według poszczególnych scenariuszy: optymistycznego, pesymistycznego, niespodziankowego i najbardziej prawdopodobnego.
 5. Obliczenie średniej siły wpływu poszczególnych czynników w wyróżnionych sferach otoczenia - Tabela 3. Scenariusz optymistyczny (pesymistyczny) i Tabela 4. Scenariusz niespodziankowy (najbardziej prawdopodobny).

Tabela 2.
Analiza tendencji w otoczeniu

Czynniki / trendy w otoczeniu	Trend (wzrost, stabilizacja, regres)	Siła wpływu (od -5 do +5)	Prawdopodobieństwo (0-1)
Sfera ...			
Sfera ...			

Tabela 3.
Scenariusz optymistyczny (pesymistyczny)

Elementy scenariusza	Siła wpływu
Sfera ...	
Średnia siła wpływu	
Sfera ...	
Średnia siła wpływu	

Tabela 4.
 Scenariusz niespodziankowy (najbardziej prawdopodobny)

Elementy scenariusza	Prawdopodobieństwo	Siła wpływu ujemna	Siła wpływu dodatnia
Sfera ...			
Średnia siła wpływu			
Sfera ...			
Średnia siła wpływu			

Analiza SWOT

Uzasadnienie zastosowania metody

Kolejnym etapem analizy czynników oddziałujących na sektor było przeprowadzenie analizy SWOT. Jest to kompleksowa metoda służąca zarówno do badania otoczenia np. sektora, jak i do analizy jego wnętrza. Jest ona uznawana za jedną z metod rejestracji i klasyfikacji czynników warunkujących strategię analizowanego podmiotu. Nazwa SWOT jest akronimem słów: *Strengths* – mocne strony podmiotu, *Weakness* – słabe strony podmiotu, *Opportunities* – szanse w otoczeniu, *Threats* – zagrożenia w otoczeniu.

Metoda ta jest skorelowana z innymi metodami przewidzianymi do pierwszego obszaru analizy, w tym z metodą scenariuszową. Zgodnie z metodyką planowania strategicznego w podejściu jakościowym analiza SWOT zalicza się do podstawowych narzędzi badania obok metody scenariuszowej. Zastosowanie tej metody pozwoliło na zdiagnozowanie zewnętrznych uwarunkowań rozwoju danego sektora. Zostały zaprezentowane aktualne dane dotyczące analizowanego sektora, przygotowano też zestawienia zawierające informacje o słabych i mocnych stronach składowych badanego sektora wraz ze wskazaniem szans i zagrożeń zewnętrznych.

Realizacja badań za pomocą tej metody polegała na:

- wyodrębnieniu zewnętrznych w stosunku do sektora czynników oraz tych, które mają charakter uwarunkowań wewnętrznych,
- wskazaniu czynników zewnętrznych i wewnętrznych, które wywierają negatywny wpływ na sektor oraz tych, które mają pozytywny wpływ na sektor,
- opisanu możliwości osłabiania lub wzmacniania siły oddziaływania czterech grup czynników na sektor.

Zderzenie ze sobą szans i zagrożeń z mocnymi i słabymi stronami danego sektora pozwoliło na określenie jego obecnej pozycji strategicznej.

Tabela 5.
Wyniki analizy SWOT

Uwarunkowania wewnętrzne	
Mocne strony	Słabe strony
Uwarunkowania zewnętrzne	
Szanse	Zagrożenia

2.3.2 Obszar analizy 2.: Analiza sił konkurencji w sektorze

A. Zakres analizy w obszarze 2.: Analiza głównych składników otoczenia konkurencyjnego przedsiębiorstw sektora:

- dostawcy – nabywcy (stopień koncentracji sektora; uzależnienie jakości produktu finalnego od jakości produktu nabywanego od dostawcy; udział dostawcy w tworzeniu kosztów odbiorcy; koszty zmiany dostawcy lub odbiorcy; możliwości integracji pionowej; profil nabywcy),
- istniejący i potencjalni konkurenci (stopień koncentracji sektora; liczba i struktura konkurentów; zakres konkurowania, potencjał globalizacyjny sektora; grupy strategiczne),
- ryzyko pojawienia się nowych producentów/substytutów (atrakcyjność sektora: obecna i przewidywana wielkość i rentowność sektora; wysokość barier wejścia/wyjścia: ekonomiczne, społeczne, technologiczne, formalnoprawne; możliwości represji ze strony podmiotów sektora).

B. Zastosowane metody i techniki realizacji badań:

Analiza pięciu sił Portera

Uzasadnienie zastosowania metody

Według M.E. Portera, autora metody „pięciu sił”, można dokonać analizy sektora poprzez zbadanie pięciu różnych czynników kształtujących jego atrakcyjność dla bieżących i przyszłych inwestorów. Wśród tych czynników wyróżnia się:

- a) siłę oddziaływania dostawców i możliwości wywierania przez nich presji na przedsiębiorstwa sektora,
- b) siłę oddziaływania nabywców i możliwości wywierania przez nich presji na przedsiębiorstwa sektora,
- c) natężenie walki konkurencyjnej wewnątrz sektora,
- d) groźbę pojawiania się nowych producentów,
- e) groźbę pojawiania się substytutów.

Konstrukcja tej metody analizy strategicznej pozwala więc na analizę składników otoczenia konkurencyjnego przedsiębiorstw sektora. Jednocześnie analiza sił konkurencji w sektorze pozwoliła na wskazanie barier rozwojowych i głównych determinant rozwoju sektora. Umożliwiła również dostarczenie informacji, które są niezbędne dla przedsiębiorstw w procesie planowania strategicznego oraz pozwoliła na

określenie składników otoczenia konkurencyjnego, które mają znaczenie przy ocenie pozycji konkurencyjnej przedsiębiorstw.

W ramach określenia atrakcyjności sektora według modelu Portera podjęte zostały kroki służące uzyskaniu odpowiedzi na pytania dotyczące pięciu głównych składników sektora. Efektem prac stała się ocena presji konkurencyjnej w sektorze.

2.3.3 Obszar analizy 3.: Analiza powiązań sektora z rynkiem pracy

A. Zakres analizy w obszarze 3.: Analiza ilościowo-jakościowa stanu zatrudnienia oraz zmian w zatrudnieniu, w tym:

- analiza dostępności i zapotrzebowania na kadry (stopień i źródła zaspokojenia potrzeb kadrowych pracodawcy; stopień realizacji wymagań pracodawcy w zakresie: umiejętności i kwalifikacji, postaw pracowniczych, poziomu wynagrodzeń),
- analiza rozwoju kadr pracowniczych,
- analiza kosztów i efektywności zatrudnienia (w tym poziomu wynagrodzeń i wydajności pracy),
- prognoza zmian w zatrudnieniu.

B. Proponowane metody i techniki realizacji badań:

Metoda badań terenowych

Uzasadnienie zastosowania metody

W ramach trzeciego obszaru zostały zastosowane techniki badań, które pozwoliły na pozyskanie danych o stanie zatrudnienia i zmianach w zatrudnieniu na regionalnym rynku pracy. Zastosowanie wybranych technik badawczych pozwoliło na ocenę stanu powiązań między danym sektorem a rynkiem pracy.

Metoda studium przypadku

Uzasadnienie zastosowania metody

Drugim etapem w analizie powiązań sektora z rynkiem pracy było zastosowanie metody studium przypadku. Umożliwiło to wskazanie dobrych praktyk w zakresie współpracy wybranych podmiotów z danego sektora z rynkiem pracy, co komponuje się z przewidzianym zakresem analizy.

III. Sektor rehabilitacji geriatrycznej

3.1 Pojęcie rehabilitacji geriatrycznej

Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization –WHO) **rehabilitacja** to kompleksowe, skoordynowane stosowanie środków medycznych, pedagogicznych, społecznych i zawodowych w celu usprawnienia osób z naruszoną sprawnością organizmu do możliwie najwyższego poziomu [58, s.6]. W jej skład wchodzi fizjoterapia, terapia zajęciowa oraz zaopatrzenie ortopedyczne. Inaczej mówiąc, to świadomie kierowany proces polegający na celowym wykorzystywaniu ściśle określonych ćwiczeń fizycznych w celu uzyskania efektów przeciwdziałających obniżeniu się możliwości przystosowawczych organizmu. Uzyskane efekty fizjologiczne mogą być ważnymi czynnikami w zapobieganiu szeregowi chorób lub w zmniejszaniu się tempa ich rozwoju [54, s.47].

Rehabilitację zazwyczaj dzieli się na trzy zasadnicze rodzaje [46]:

1. **rehabilitację leczniczą**, która często rozpoczyna się jeszcze w fazie terapii i ma na celu kompensowanie zaburzonych funkcji,
2. **rehabilitację zawodową**, polegającą na umożliwieniu pacjentowi powrotu do życia zawodowego,
3. **rehabilitację społeczną** ponownie włączającą pacjenta do życia społecznego i oferującą pomoc w nawiązaniu nośnych relacji socjalnych. Dla seniorów – odizolowanych i osamotnionych – odgrywa ważną rolę.

Rehabilitacja znajduje także zastosowanie praktycznie we wszystkich gałęziach medycyny: w kardiologii, chirurgii, reumatologii, neurologii, laryngologii, u osób niedowidzących, głuchych, z upośledzeniem umysłowym.

Podmiotem **rehabilitacji geriatrycznej** jest pacjent w zaawansowanym wieku, cierpiący zazwyczaj na kilka chorób przewlekłych, które wzajemnie na siebie wpływają i stanowią zagrożenie dla samodzielności pacjenta. Cel rehabilitacji geriatrycznej to uzyskanie minimum samowystarczalności przez pacjenta. M. Żak poszerza powyższy cel – według niego rehabilitacja osób starszych ma na celu utrzymanie jak najlepszego stanu zdrowia, poprawę ich kondycji fizycznej i psychicznej, wydolności krążeniowo-oddechowej oraz zabezpieczenie przed upadkami i ich skutkami. O pozytywnych efektach terapii można mówić, gdy osoba starsza potrafi pod względem psychicznym, fizycznym i społecznym utrzymać stały kontakt ze środowiskiem, w którym żyje. Kolejnym celem rehabilitacji osób w wieku podeszłym jest modyfikacja stylu życia, obniżenie masy ciała, zmniejszenie przeciążeń kręgosłupa i stawów [38].

Rehabilitację geriatryczną można podzielić na [36]:

1. **rehabilitację prewencyjną** (zmierzającą do utrzymania dotychczasowych kompetencji seniora, by jak najdłużej mógł unikać chorób, niesprawności i niesamodzielności),
2. **rehabilitację ogólną** (skierowaną do seniorów przewlekłe chorych; polega na ich uaktywnianiu),
3. **rehabilitację celową** (dopasowaną do poszczególnych jednostek chorobowych i potrzeb pacjentów).

Rehabilitacja w wieku podeszłym jest trudną do zastąpienia formą leczenia. Połączenie kinezyterapii, masażu i fizykoterapii prowadzi do szybkiego i nieinwazyjnego postępowania terapeutycznego. Dzięki temu można skrócić czas trwania niesprawności oraz ograniczyć stosowanie farmakoterapii, która w tym okresie życia budzi coraz więcej wątpliwości.

Należy jednak uznać, że zagrożenia, jakie niesie ze sobą starzenie się społeczeństwa i wydłużenie życia, powinny uświadamiać konieczność podejmowania działań profilaktycznych z zakresu rehabilitacji już we wcześniejszym wieku. Pozwoli to na utrzymanie dobrej kondycji fizycznej i zmniejszenie liczby dysfunkcji w przyszłości. Stąd też w niniejszym raporcie rehabilitacja jest rozumiana jako sektor świadczących usługi

z zakresu rehabilitacji medycznej, innych rodzajów rehabilitacji oraz usługi typu *wellness* dla osób w wieku podeszłym – 60 lat i więcej, oraz rehabilitacji profilaktycznej dla osób w wieku 45 lat i więcej.

3.2 Sektor usług rehabilitacyjnych w Polsce i w województwie podlaskim

Usługi rehabilitacyjne są dostarczane przez różne podmioty. Z punktu widzenia Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) usługi rehabilitacji świadczone mogą być w warunkach ambulatoryjnych, domowych, ośrodka dziennego lub stacjonarnych [132]. W warunkach ambulatoryjnych jest prowadzona rehabilitacja w zakresie lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej oraz fizjoterapii ambulatoryjnej. W warunkach domowych jest to porada lekarska rehabilitacyjna w warunkach domowych i fizjoterapia domowa. Świadczenia w warunkach ambulatoryjnych i domowych realizuje się poprzez: poradę lekarską rehabilitacyjną oraz wizytę fizjoterapeutyczną i zabiegi fizjoterapeutyczne.

Jeśli chodzi o ośrodki i oddziały dzienne, to obejmują one bardzo szeroki zakres usług rehabilitacyjnych, w tym w zakresie rehabilitacji: ogólnoustrojowej, dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego, słuchu i mowy, wzroku, kardiologicznej, pulmonologicznej z wykorzystaniem metod subterraneoterapii. W tym przypadku świadczenie składa się najczęściej w zależności od rodzaju problemu zdrowotnego z: porady lekarskiej, świadczenia z zakresu psychologii, psychoterapii, neuropsychologii, terapii zajęciowej, ortoptyki; zabiegów fizjoterapeutycznych, zajęć indywidualnych z pacjentem czy też zajęć grupowych.

Natomiast świadczenia udzielane w warunkach stacjonarnych obejmują pacjentów, którzy ze względu na kontynuację leczenia wymagają stosowania kompleksowych czynności rehabilitacyjnych oraz całodobowego nadzoru pielęgniarskiego i obejmują rehabilitację: ogólnoustrojową, neurologiczną, pulmonologiczną, kardiologiczną.

Z punktu widzenia opieki nad osobami starszymi uwzględnia się też tak zwaną opiekę długoterminową ze względu na często dość ciężki stan zdrowia osób w wieku starszym. Wyróżnia się kilka rodzajów placówek świadczących usługi na rzecz osób starszych, w tym rehabilitacyjne [5].

Po pierwsze, są to zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze. Według założeń WHO to usługi pielęgniarskie powinny przeważać nad opieką lekarza. Reforma systemu opieki zdrowotnej w Polsce przyczyniła się do restrukturyzacji lecznictwa szpitalnego, czego efektem stała się redukcja wielu oddziałów dla przewlekle chorych. Pacjenci takich oddziałów – w większości niezdolni do samoopieki – stali się podopiecznymi podstawowej opieki zdrowotnej. W tej sytuacji pojawiło się ogromne zapotrzebowanie na profesjonalne świadczenia pielęgniarskie w strukturze podstawowej opieki zdrowotnej we współpracy z praktykami lekarza rodzinnego. Stąd też coraz większa popularność pielęgniarskiej opieki domowej. Jest to stosunkowo nowa forma usług, kontraktowana przez NFZ. Pielęgniarki wykonują zadania opiekuńczo-pielęgnacyjne dostępne jedynie dla pacjentów spełniających określone kryteria upoważniające ich do korzystania z tego typu usług. Pielęgniarska opieka domowa ma na celu zapewnienie opieki nad obłożnie chorym pacjentem, który nie wymaga leczenia w zakładach lecznictwa stacjonarnego i z różnych przyczyn nie chciał lub nie został zakwalifikowany do pobytu w stacjonarnych zakładach opieki długoterminowej.

Zakłady pielęgnacyjnoopiekuńcze i zakłady opiekuńczo lecznicze są formami stacjonarnej opieki długoterminowej finansowanymi przez NFZ. Pacjent ma obowiązek ponosić odpłatność za koszty wyżywienia i zakwaterowania. Zgodnie z ustawą o zakładach opieki zdrowotnej [123], obejmują one całodobową i kompleksową pielęgnację wynikającą z diagnozy pielęgniarskiej, opiekę lekarską, leczenie dietetyczne, farmakologiczne, niezbędne konsultacje specjalistyczne, podstawowe badania diagnostyczne, stymulację metodami terapeutycznymi i psychoterapeutycznymi do aktywności życiowej, przygotowanie rekonwalescenta i jego rodziny (opiekuna) do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych, zapobieganie powikłaniom

wynikającym z procesu chorobowego i unieruchomienia, zmniejszanie skutków upośledzenia ruchowego i przygotowanie do życia w społeczeństwie. Placówki zapewniają środki farmaceutyczne, materiały medyczne, pomieszczenia, wyżywienie odpowiednie do stanu zdrowia, a także opiekę w trakcie zajęć kulturalno-rekreacyjnych. W przypadku zapotrzebowania na większą opiekę lekarską, preferowane są zakłady opiekuńczo-lecznicze, w pozostałych przypadkach zaś zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze. W praktyce pomoc lekarska, pielęgnarska i rehabilitacja są zapewnione w obu typach zakładów, a wybór zależy od dostępności placówki na danym obszarze.

Hospicja stacjonarne przeznaczone są przede wszystkim dla pacjentów z zaawansowaną chorobą nowotworową. Skierowanie do hospicjum wystawia lekarz, który pracuje w ramach kontraktu z NFZ. Świadczone są tu usługi z zakresu opieki paliatywnej. Ma ona na celu poprawienie jakości życia pacjentów nieuleczalnie chorych i ich rodzin. **Hospicjum domowe** w 90% przypadków jest przeznaczone dla pacjentów pozostających w domu w terminalnym stadium choroby nowotworowej. Do hospicjum domowego pacjenci są kierowani na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Hospicjum domowe obejmuje obszar o promieniu do 30 km. Średni czas opieki nad dorosłym pacjentem wynosi 90 dni. Lekarz hospicjum domowego świadczy usługi na rzecz pacjenta średnio raz w tygodniu, a pielęgniarka średnio 3 razy w tygodniu. Podczas tych wizyt chorzy i ich rodziny lub opiekunowie otrzymują dokładne, pisemne zalecenia dotyczące dalszej opieki oraz informację o numerach telefonów personelu hospicjum domowego.

Oddziały dla przewlekle chorych to miejsce całodobowego pobytu. Trafiają tu pacjenci po leczeniu szpitalnym (operacyjnym lub zachowawczym), którzy nadal wymagają stałego nadzoru lekarskiego, profesjonalnej pielęgnacji i rehabilitacji. Skierowanie na oddział dla przewlekle chorych wystawia lekarz, który opiekował się danym pacjentem podczas wcześniejszego leczenia szpitalnego.

Wsparcie osób starszych może być ponadto świadczone w ramach sektora pomocy społecznej. Zakres i rodzaj świadczeń finansowanych z pomocy społecznej reguluje znowelizowana ustawa o pomocy społecznej [113]. Pomoc społeczna jest instytucją polityki społecznej państwa, mającą na celu umożliwienie osobom i rodzinom przezwyciężania trudnych sytuacji życiowych, których nie są one w stanie pokonać, wykorzystując własne uprawnienia, zasoby i możliwości. Pomoc społeczna wspiera osoby i ich rodziny w wysiłkach zmierzających do zaspokojenia niezbędnych potrzeb i umożliwia im życie w warunkach odpowiadających godności człowieka. System opieki społecznej obejmuje różne formy pomocy i usług. Obok pomocy rzeczowej, pieniężnej jest to również świadczenie usług opiekuńczych oraz pobyt w domach pomocy społecznej.

Ośrodki pomocy społecznej oferują usługi opiekuńcze dla osób starszych i chorych oraz specjalistyczne usługi opiekuńcze. Usługi opiekuńcze realizowane są w formie stacjonarnej: w domach pomocy społecznej, półstacjonarnej, tj. domach dziennego pobytu, oraz w środowisku: w formie usług opiekuńczych realizowanych w domu podopiecznego. Osobom samotnym, które z powodu wieku, choroby lub innych przyczyn wymagają opieki innych osób, a są jej pozbawione, przysługuje pomoc w formie usług opiekuńczych. Usługi opiekuńcze obejmują pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb samoobsługowych i gospodarskich, pomoc w utrzymaniu higieny i podstawowej pielęgnacji. W przypadkach specjalistycznych usług opiekuńczych, pomoc społeczna oferuje w miarę możliwości rehabilitację, pomoc mieszkaniową i zapewnienie kontaktów z otoczeniem. Usługi opiekuńcze mogą być świadczone w miejscu zamieszkania, w dziennych domach pomocy społecznej, w środowiskowych domach samopomocy i w mieszkaniach chronionych.

Domy pomocy społecznej – zgodnie z ustawą o pomocy społecznej mieszkańcem domu pomocy społecznej może być osoba wymagająca całodobowej opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności, która nie jest w stanie samodzielnie funkcjonować w środowisku, a nie można jej zapewnić niezbędnych usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania.

Organizacje pozarządowe i wolontariat to stosunkowo nowe, potencjalnie dostępne usługi, które

świadczone są głównie w większych miastach. Oferują je ludzie zrzeszeni w fundacjach, stowarzyszeniach, grupach samopomocowych. Wspierają pacjentów, najczęściej tych z określonymi schorzeniami.

Ogromne zapotrzebowanie na opiekę długoterminową nad osobami starszymi, chorymi i niepełnymi wpłynęło na rozwój wolnorynkowych usług opiekuńczych zarówno oferowanych w środowisku – w **agencjach opiekuńczych, jak i w prywatnych domach opieki**. Jest to sektor trudny do oszacowania i oceny, ponieważ funkcjonuje na zasadach działalności gospodarczej, nie wymaga akredytacji ani nie podlega specjalistycznemu nadzorowi konsultantów. Zapotrzebowanie na pomoc opiekuna spoza rodziny jest duże, a koszty jego wynajęcia są konkurencyjne w porównaniu z ofertą pomocy społecznej.

Na podstawie powyższej analizy stwierdzić można, że działalność rehabilitacyjna nie obejmuje tylko jednego rodzaju podmiotów. Można też poszukiwać pojęć związanych z rehabilitacją według Polskiej Klasyfikacji Wyrobów i Usług (PKWiU), która w 2004 r. została wprowadzona Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 6 kwietnia 2004 r. w sprawie Polskiej Klasyfikacji Wyrobów i Usług [96], są oznaczone symbolem 85.1 Usługi w zakresie ochrony zdrowia, a w tym:

1. 85.11.14 Usługi szpitalne rehabilitacyjne:

- 85.11.14-00.00 Usługi szpitalne rehabilitacyjne;
- 85.14.13-00.10 Usługi świadczone przez fizjoterapeutów i personel paramedyczny, włączając usługi homeopatyczne i podobne, z wyłączeniem usług świadczonych przez lekarzy medycyny,
- 85.14.13-00.30 Usługi świadczone przez fizjoterapeutów nr PKWiU oraz usługi świadczone przez personel paramedyczny, włączając usługi homeopatyczne i podobne, z wyłączeniem usług świadczonych przez lekarzy medycyny.

2. 85.31.11 Usługi pomocy społecznej z zakwaterowaniem świadczone osobom starszym:

- 85.31.11-00.00 Usługi opieki społecznej z zakwaterowaniem świadczone osobom starszym.

Polska Klasyfikacja Działalności (PKD 2007) została wprowadzona Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2007 r. w sprawie Polskiej Klasyfikacji Działalności (PKD) [95]. PKD 2007 została opracowana na podstawie statystycznej klasyfikacji działalności gospodarczej NACE Rev2, wprowadzonej rozporządzeniem (WE) nr 1893/2006 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 20 grudnia 2006 r. w sprawie statystycznej klasyfikacji działalności gospodarczej NACE Rev 2 i zmieniającym rozporządzenie Rady (EWG) nr 3037/90 oraz niektóre rozporządzenia WE w sprawie określonych dziedzin statystycznych (Dziennik Urzędowy UE L 393/1 z dnia 30.12.2006). Analiza tej klasyfikacji pozwala na wyodrębnienie najbliższych powiązanych z usługami rehabilitacyjnymi takich działów PKD, jak:

1. 86.10Z Działalność szpitali;

2. 86.9 Pozostała działalność w zakresie opieki zdrowotnej:

- 86.90.A Działalność fizjoterapeutyczna,
- 86.90.C Praktyka pielęgniarek i położnych,
- 86.90.E Pozostała działalność w zakresie opieki zdrowotnej, gdzie indziej niesklasyfikowana;

3. 86.2 Praktyka lekarska:

- 86.21.Z Praktyka lekarska ogólna,
- 86.22.Z Praktyka lekarska specjalistyczna;

4. 87 Pomoc społeczna z zakwaterowaniem:

- 87.30Z Pomoc społeczna z zakwaterowaniem dla osób w podeszłym wieku i osób niepełnosprawnych,

5. 88 Pomoc społeczna bez zakwaterowania:

- 88.10.Z Pomoc społeczna bez zakwaterowania dla osób w podeszłym wieku i osób

niepełnosprawnych.

Uzupełniając listę wymienionych powyżej rodzajów działalności, należy dodać:

1. 90.0 Działalność twórczą związaną z kulturą i rozrywką:
 - 90.04.Z Działalność obiektów kulturalnych;
2. 93.1 Działalność związaną ze sportem:
 - 93.13Z Działalność obiektów służących poprawie kondycji fizycznej;
3. 93.2 Działalność rozrywkową i rekreacyjną:
 - 93.29Z Pozostała działalność rozrywkowa i rekreacyjna.

Uwzględnić należy również działalność sanatoryjną, czy innego rodzaju ośrodki typu *wellness* i SPA. Część tych ośrodków poza wymienionymi głównymi rodzajami działalności w ramach głównego PKD prowadzi działalność dodatkową np.: produkcję napojów bezalkoholowych, produkcję wód mineralnych i pozostałych wód butelkowanych (11.07.Z), sprzedaż hurtową napojów bezalkoholowych (46.34.B), hotele i podobne obiekty zakwaterowania (55.10.Z), restauracje i inne stałe placówki gastronomiczne (56.10.A), badania naukowe i prace rozwojowe w dziedzinie pozostałych nauk przyrodniczych i technicznych (72.19.Z), działalność obiektów kulturalnych (90.04.Z), pozostały transport lądowy pasażerski (49.3), działalność paramedyczna (86.90.D).

Syntetyzując powyższe kwalifikacje można przyjąć, iż na sektor rehabilitacji geriatrycznej będą składały się:

1. Gabinety i ośrodki rehabilitacyjne.
2. Sanatoria.
3. Zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze i zakłady opiekuńczo-lecznicze.
4. Opieka pielęgniarstwa i agencje opiekuńcze.
5. Ośrodki i domy pomocy społecznej.
6. Ośrodki SPA i *wellness*.

W Załączniku 3 została przedstawiona lista podmiotów składających się na sektor rehabilitacji geriatrycznej, którą opracowano w oparciu o informacje pozyskane w trakcie realizowanych badań Desk Research oraz indywidualne wywiady pogłębione. Korzystano przy tym z danych z baz internetowych, w tym m.in.: Teleadreson, Panorama Firm.

Na liście podmiotów, które miały zakontraktowane usługi rehabilitacyjne na rok 2009 województwie podlaskim, znalazły się 54 podmioty, w tym 53 z województwa podlaskiego. W roku 2008 było to 51 podmiotów. Większa część z nich miała podpisane dalsze umowy w roku 2009. Łącznie w okresie 2 lat umowy na świadczenie usług rehabilitacji medycznej zostały podpisane z 60 podmiotami z województwa podlaskiego. Poza tym na liście znalazło się 50 innych gabinetów i ośrodków rehabilitacyjnych, które działają na terenie województwa podlaskiego.

Na terenie województwa znajduje się jedno sanatorium w Augustowie. Poza tym w załączonym wykazie uwzględniono 14 zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych. Ponadto wyróżniono 44 podmioty świadczące usługi pielęgniarstwa i opiekuńcze.

Na terenie województwa funkcjonuje 22 domy opieki społecznej, w tym trzy zajmują się osobami w podeszłym wieku, są to: Dom Pomocy Społecznej w Mońkach, Dom Pomocy Społecznej im. Wiktorii Kowalewskiej w Łomży, Dom Pomocy Społecznej w Starzynie, Dom Pomocy Społecznej w Sejnach. Ponadto na terenie województwa funkcjonuje 9 ośrodków SPA i *wellness*.

IV. Popytowo-podażowe zewnętrzne uwarunkowania rozwojowe sektora

W ramach pierwszego obszaru dokonana została analiza zewnętrznych uwarunkowań rozwoju sektora, w podziale na popytowe i podażowe. Zastosowano tu metodę desk research. Uwzględniono przy tym następujące rodzaje czynników: ekonomiczne, społeczne, administracyjnoprawne, międzynarodowe, środowiskowe. Ze względu na specyfikę sektora nie uwzględniono czynników technicznych. W grupie czynników popytowych znalazły się wybrane czynniki:

- ekonomiczne: zamożność społeczeństwa, poziom bezrobocia, inflacja;
- społeczne: trwanie życia, styl życia i wzorce konsumpcji, jakość życia, wykształcenie i postawy osób starszych, emigracja ludności, polityka społeczna.

Natomiast w grupie czynników podażowych uwzględniono czynniki:

- ekonomiczne: zmiany PKB, tempo wzrostu rynku, finansowanie opieki zdrowotnej, infrastruktura transportowa;
- administracyjnoprawne: regulacje dostępu do świadczeń zdrowotnych w Polsce, prawodawstwo dotyczące wykonywania zawodów związanych z rehabilitacją, prawodawstwo w zakresie turystyki aktywnej i rekreacji;
- międzynarodowe: podejście Unii Europejskiej do działań na rzecz osób starszych, kontraktowanie usług medycznych za granicą;
- społeczne: wartości i postawy wobec ludzi starszych, wykształcenie kadry, emigracje kadry;
- środowiskowe: położenie geograficzne województwa, klimat i zmiany pogodowe, występowanie określonych gatunków roślin i zwierząt, stan środowiska naturalnego,

Dobór powyższych czynników był podyktowany ich wykorzystaniem w kolejnym etapie analizy jakim była metoda scenariuszowa. Istotą scenariuszy jest tworzenie list procesów, które występują w otoczeniu sektora oraz oszacowania prawdopodobieństwa ich wystąpienia w przyszłości. Decyzje dotyczące na przykład wejścia do sektora muszą być podejmowane z uwzględnieniem tych składników makrootoczenia i otoczenia konkurencyjnego, które mają decydujący wpływ na funkcjonowanie sektora. Stąd taki, a nie inny skład poszczególnych grup czynników, który został zaakceptowany w ramach prac grupy ekspertów. Sporządzone scenariusze pozwoliły na określenie, w jakim przedziale zmienności przyszłość sektora będzie się zawierać. Opracowanie czterech scenariuszy rozwoju sektora odbyło się w trakcie spotkań grupy ekspertów.

Jako podsumowanie analizy czynników oddziałujących na sektor, została skonstruowana analiza SWOT (*Strengths* – mocne strony podmiotu, *Weakness* – słabe strony podmiotu, *Opportunities* – szanse w otoczeniu, *Threats* – zagrożenia w otoczeniu). Wskazano w niej czynniki zewnętrzne i wewnętrzne, które wywierają negatywny oraz te, które mają pozytywny wpływ na sektor. Zapisano również szanse i zagrożenia dla rozwoju sektora w przyszłości.

W trakcie konstruowania analizy SWOT posłużono się nie tylko wynikami badań czynników wpływających na sektor w ramach Desk Research, ale także uwzględniono wyniki Indywidualnych Wywiadów Pogłębionych (IDI/ITI 1 i IDI/ITI 2). Kolejnym etapem było przeprowadzenie Zogniskowanego Wywiadu Grupowego (FGI), w trakcie którego również prowadzono dyskusję na temat konstrukcji analizy SWOT. Wyniki wszystkich stosowanych metod i technik badawczych były uzgadniane w trakcie prac grupy ekspertów.

4.1 Analiza czynników popytowych

4.1.1 Czynniki ekonomiczne

4.1.1.1 Zamożność społeczeństwa

W Polsce panuje powszechne przekonanie, że osoby starsze są grupą szczególnie zagrożoną biedą i ubóstwem. Pojęcie „starość”, podobnie jak „bieda”, również może być wieloznacznie rozumiane, ponieważ starzenie się człowieka jest procesem złożonym, wielowymiarowym [104]. Możemy mówić m.in. o biologicznym progu starości, który odnosi się do starzenia jako obniżania ogólnej sprawności i żywotności organizmu ludzkiego. Niemniej ludzie nie starzeją się równomiernie, jest to kwestia indywidualna – stąd też trudno określić jeden próg starości biologicznej dla wszystkich. W badaniach empirycznych najczęściej stosuje się zatem progi ekonomiczne (tzw. wiek poprodukcyjny) lub prawne (próg ustawowy określający wiek uprawniający do świadczeń z zabezpieczenia społecznego – głównie emerytur), które najczęściej za początek okresu starości przyjmują wiek co najmniej 60 lat dla kobiet i 65 lat dla mężczyzn [56].

Analiza wyników stopy skrajnego ubóstwa wskazuje, że w latach 2004-2005 grupa gospodarstw, w których głowa rodziny była w wieku 65 lat lub wyższym, charakteryzowała się najniższą stopą ubóstwa absolutnego spośród wszystkich grup wieku. Co więcej, w Polsce widoczna jest tendencja do spadku stopy ubóstwa wraz z podwyższaniem się wieku głowy gospodarstwa domowego. Jest ona najwyższa wśród gospodarstw domowych, w których głowa rodziny jest w wieku 35-44 lat, następnie wraz ze wzrostem wieku głowy gospodarstwa domowego stopa ta maleje, aby osiągnąć poziom o połowę niższy wśród gospodarstw domowych osób starszych [56].

Warto przeanalizować przeciętne dochody rozporządzalne na osobę według typów gospodarstw domowych w Polsce. Okazuje się, że również i na tym tle sytuacja emerytów jest relatywnie dobra. Przeciętny dochód rozporządzalny na głowę w gospodarstwie domowym jest w gospodarstwach emeryckich wyższy niż wśród rencistów, rolników oraz pracowników najemnych

Tabela 6.

Przeciętny miesięczny dochód rozporządzalny na 1 osobę w gospodarstwach domowych
według grup społeczno-ekonomicznych w 2007 roku

Dochód rozporządzalny w zł na osobę ogółem	W tym gospodarstwa domowe				
	pracowników	rolników	pracujących na własny rachunek	emerytów	rencistów
1045,52	1049,84	887,35	1338,51	1096,87	802,38

Źródło: [102].

Według danych GUS w gospodarstwach domowych polskich emerytów wydaje się miesięcznie 1,0 zł na osobę na usługi hotelarskie i gastronomiczne oraz 6,1 zł na osobę na rekreację i kulturę, co stanowi odpowiednio około 0,1% i 0,5% miesięcznych dochodów tych gospodarstw. Tymczasem dla porównania gospodarstwa domowe emerytów francuskich wydają na hotele i restauracje prawie 4,0%, a na rekreację i kulturę ponad 7,0% swoich miesięcznych dochodów [108, s. 28].

Szacuje się, że za mniej więcej 20 lat roczna siła nabywcza polskich seniorów wyniesie około 80 mld

dolarów. Szczególną cechą dochodów emerytów jest stabilność. Coraz więcej banków tworzy ofertę pożyczek specjalnie dla emerytów. Decyzję o wejściu na ten rynek przedstawiciele banków oceniają jako sukces i zapowiadają dalszy rozwój oferty. Zainteresowanie pojawiło się również ze strony firm ubezpieczeniowych. Przykładem jest Generali, które zaproponowało seniorom specjalną polisę „Lew Senior”. Ubezpieczenie to może kupić każda osoba między 50. a 75. rokiem życia, właściwie bez względu na stan zdrowia. Produkt ma także walory oszczędnościowe. Ożywienie w tym segmencie ze strony banków i firm ubezpieczeniowych świadczy o tym, że ludzie w podeszłym wieku wcale nie są tak biedni, za jakich są uważani [62].

Ponadto pojawiają się propozycje rozwiązań, takich jak pomysł polegający na tym, że emeryt, który odda gminie swoje mieszkanie, dostanie od niej dożywotnią rentę oraz będzie mógł dożywotnio użytkować mieszkanie. Po jego śmierci gmina mogłaby przydzielić lokal kolejnym lokatorom lub sprzedać na przetargu. W krajach zachodnich taki mechanizm jest stosowany od lat. Stroną nie są jednak gminy, ale banki. Emeryci, którym nie wystarcza emerytura, mogą ubiegać się o pożyczkę pod zastaw domu lub mieszkania, a banki wypłacają co najwyżej połowę obecnej wartości nieruchomości jednorazowo lub w formie renty [125].

Te wszystkie analizy prowadzą do prostego wniosku o dużych **szansach na wzrost zamożności osób starszych**. Będzie to sprzyjać rozwojowi sektora rehabilitacji geriatrycznej. Niemniej, aby doszło do ożywienia w segmencie usług dla starszych ludzi, trzeba zerwać nie tylko ze stereotypem biednego emeryta, ale także z tym, że nie może on czy nie powinien („bo nie wypada”) korzystać z życia [62].

4.1.1.2 Poziom bezrobocie

Na podstawie dokumentu „Sytuacja społeczno-gospodarcza kraju i województw w I półroczu 2009 roku” [103] można wskazać, że w I półroczu 2009 roku w Polsce nastąpił niewielki wzrost zatrudnienia i bezrobocia. Współczynnik aktywności zawodowej wzrósł w I kwartale 2009 roku w relacji do analogicznego okresu 2008 roku o 1,5 pkt. proc., natomiast w II kwartale – o 0,9 pkt. proc. w ciągu roku. Wzrost dotyczył 11 województw, najszybszy był w województwach kujawsko-pomorskim i podkarpackim (odpowiednio o 3,6 pkt. proc. i 3 pkt. proc.). Zainteresowanie poszukiwaniem pracy spadło zaś najbardziej w województwach świętokrzyskim i łódzkim (o 1,1 pkt. proc. i 1 pkt. proc.).

W konsekwencji słabnącego tempa wzrostu aktywności zawodowej wolniej rósł również wskaźnik zatrudnienia mierzony według Badań Aktywności Ekonomicznej Ludności (BAEL). W II kwartale 2009 roku wyniósł 59,3%, wobec 58,9% w II kwartale 2008 roku (wzrost o 0,4 pkt. proc., wobec 0,9 pkt. proc. w I kwartale 2009 roku w relacji do analogicznego okresu 2008 roku). Ma to mimo wszystko optymistyczny wydźwięk na tle ogólnej tendencji spadkowej w krajach UE-27 (z 65,5% odpowiednio w 2008 roku do 64,6% w I kwartale 2009 roku).

Nadal jednak wśród 27 krajów UE wskaźnik zatrudnienia plasował Polskę na 5. miejscu od końca. Wzrost wskaźnika zatrudnienia dotyczył 9 województw, przy czym 60% próg zatrudnienia przekraczało w II kwartale 2009 roku 5 województw, wobec 6 w II kwartale 2008 roku.

Przeciętne zatrudnienie w sektorze przedsiębiorstw, mimo minimalnego wzrostu w I kwartale (o 0,1%), w II kwartale spadło już o 1%. W efekcie po dwóch kwartałach odnotowano jego spadek do 5 344 tys., czyli o 0,5% w relacji do analogicznego okresu 2008 roku. W rezultacie spadku zatrudnienia w Polsce rosło bezrobocie i w końcu czerwca 2009 roku w urzędach pracy było zarejestrowanych prawie 1 659 tys. bezrobotnych (to jest o 14% więcej niż w końcu czerwca 2007 roku), a stopa bezrobocia rejestrowanego wzrosła do 10,7%, wobec 9,4% przed rokiem. W II kwartale 2009 roku stopa bezrobocia w UE-27 wyniosła 8,8% (wobec 6,8% w 2008 roku). Jednocześnie we wszystkich krajach odnotowano jej istotny wzrost (nawet o 11,8 pkt. proc. – w Estonii), podczas gdy w Polsce stopa bezrobocia wzrosła o 1,1 pkt. proc., wobec 2 pkt.

proc. w UE-27 i usytuowała kraj na 12. miejscu wśród wszystkich krajów Unii.

Pogarszająca się sytuacja na rynku pracy wpłynęła na wolniej rosnące przeciętne miesięczne wynagrodzenia. Zauważalne wyhamowanie tempa wzrostu wynagrodzeń, a nawet ich spadek nominalny w II kwartale 2009 roku w gospodarce ogółem i sferze budżetowej – poskutkowały ogólnym spadkiem dynamiki wynagrodzeń w całym I półroczu. W sektorze przedsiębiorstw w czerwcu 2009 roku przeciętne miesięczne wynagrodzenie brutto wyniosło 3 288 zł i było realnie o 1,4% niższe niż przed rokiem. Przy tym realny wzrost wynagrodzeń, licząc narastająco w dwóch kwartałach, w podmiotach o liczbie pracujących powyżej 9 osób, wyniósł 1,6% (wobec 7,4% przed rokiem).

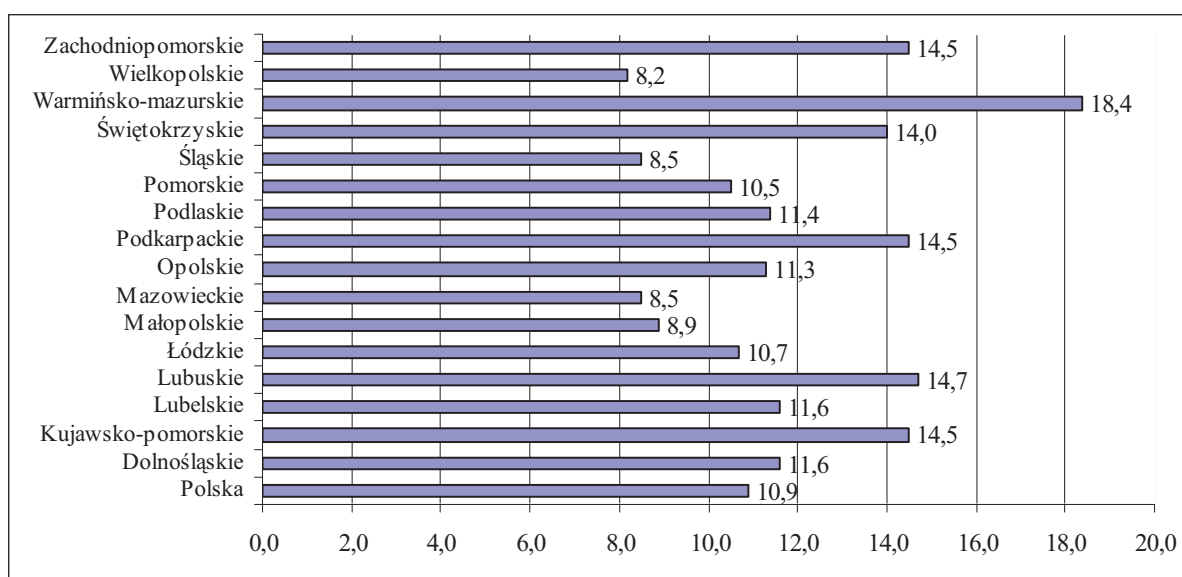
Podsumowując, można uznać, że Polska jest krajem charakteryzującym się znaczącym bezrobociem, jak i dużym zróżnicowaniem regionalnym odnośnie poziomu tej wielkości. Ostatnie dane z września tego roku – 18,9%, świadczą jednak o tym, że w przeciągu paru miesięcy nastąpił spadek bezrobocia.

Sytuacja na rynku pracy w I kwartale 2009 roku pogorszyła się wyraźnie z powodu załamania się wzrostu PKB. Zdaniem Centrum Analiz Społeczno-Ekonomicznych (CASE), zatrudnienie według BAEL powinno obniżyć się w 2009 roku o 1,3%, a w sektorze przedsiębiorstw o 3,6%. Według prognozy, stopy rejestrowanego bezrobocia i bezrobocia według BAEL podniosą się odpowiednio do 12,8% i 9,0% na koniec 2009 roku, a w 2010 roku – jeszcze wyżej. Obniża się również dynamika płac – ten trend będzie trwał co najmniej do połowy 2010 roku. Przeciętna płaca powinna zwiększyć się o 4-5% w 2009 roku, co przełoży się na 2,0% wzrost płacy realnej. W 2010 roku po początkowym obniżeniu się dynamiki powinno nastąpić jej odbicie w górę [51].

Województwo podlaskie na tle pozostałych znalazło się nieco powyżej stopy bezrobocia rejestrowanego w Polsce i wyniosła ona 11,4%. Sytuacja w tym zakresie była jednak o wiele lepsza niż w przypadku województwa warmińsko-mazurskiego, gdzie wskaźnik ten wyniósł 18,4%. Spośród innych województw tzw. Polski Wschodniej, również na terenie województw podkarpackiego i świętokrzyskiego wskaźnik ten uzyskał znaczące wartości i wyniósł odpowiednio 14,5% i 14,0%. W województwie lubelskim stopa bezrobocia rejestrowanego wyniosła 11,6%, a więc była zbliżona do tej z województwa podlaskiego.

Wykres 1.

Stopa bezrobocia rejestrowanego w poszczególnych województwach Polski we wrześniu 2009 roku (%)



Źródło: [2]

Obniżenie bezrobocia w znacznym stopniu wpłynie na przyszłość sektora rehabilitacji geriatrycznej. Osoby, które zaczęły zarabiać więcej niż utrzymując się z zasiłków, prawdopodobnie skierują swoje środki na potrzeby pierwszego rzędu. Jednocześnie osoby starsze, często wspierające finansowo swoich młodszych bezrobotnych członków rodziny, będą mogły prawdopodobnie większą część swoich dochodów przeznaczyć na swoje potrzeby – w tym w zakresie poprawy stanu zdrowia. Poza tym również członkowie rodzin, w sytuacji, gdy mają zapewnione dochody, chętniej są skłonni zainteresować się stanem zdrowia i jego poprawą w odniesieniu do samych siebie, jak i osób starszych w swoich rodzinach. Obecnie najbardziej prawdopodobne wydaje się utrzymanie się stopy bezrobocia na podobnym poziomie, bez większych zmian. Jest też pewna nadzieja na jej obniżenie się, a takie tendencje można uznać za sprzyjające rozwojowi sektora.

4.1.1.3 Inflacja

W I półroczu 2009 roku roczna inflacja mierzona wskaźnikiem cen towarów i usług konsumpcyjnych (CPI) wyniosła 3,5% – była więc niższa niż przed rokiem. W całym 2008 roku kształtowała się na wysokości 4,2%. Do wzrostu ogólnego poziomu cen konsumpcyjnych przyczyniły się w szczególności wyższe ceny żywności i napojów bezalkoholowych (o 4,5% w I półroczu 2009 roku w stosunku do odpowiedniego okresu poprzedniego roku), wyrobów tytoniowych (o 16,2%) oraz nośników energii zużywanych przez gospodarstwa domowe (o 13,1%). Liczona przez NBP roczna inflacja bazowa (z wyłączeniem cen żywności i energii) wyniosła w czerwcu 2009 roku 2,7% przy wskaźniku CPI (Consumer Price Index, wskaźnik wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych) na poziomie 3,5%, a w lipcu odpowiednio 2,9% i 3,6%. Spadek inflacji był w Polsce mniejszy niż w innych krajach Unii Europejskiej. W czerwcu 2009 roku roczna stopa inflacji mierzona zharmonizowanym wskaźnikiem cen konsumpcyjnych wyniosła w Polsce 4,2% i była zaledwie o 0,1 pkt. proc. niższa niż w czerwcu 2008 roku [103, s.18-19].

W tym czasie inflacja w Unii Europejskiej obniżyła się średnio o 3,6 pkt. proc., z 4,2% do 0,6%. W rezultacie inflacja w Polsce należała do najwyższych w UE. Nadal stosunkowo wysoką inflację w Polsce można wiązać z podwyżkami cen regulowanych (przede wszystkim cen nośników energii), efektem kursowym (deprecjacja złotego), a także z łagodniejszym na tle innych krajów Unii Europejskiej przebiegiem kryzysu gospodarczego. Do wzrostu cen konsumpcyjnych i cen producentów przyczyniło się osłabienie złotego trwające od sierpnia 2008 roku do lutego 2009 roku. Miesięczny kurs euro liczony w złotych był w lutym 2009 roku o 42,5% wyższy niż w lipcu 2008 roku, a kurs dolara amerykańskiego wyższy o 75,7%.

Ekonomiści CASE uważają, że inflacja w 2009 roku i 2010 roku wyniesie odpowiednio 3,6% i 2,7%. Według CASE, roczna stopa inflacji na początku 2010 roku osłabnie wyraźnie, a od II kwartału 2010 roku powinna znaleźć się poniżej środka celu NBP (2,5%) [51].

Przy takim poziomie inflacji, zakładając, że tempo wzrostu wynagrodzeń będzie maleć, można się spodziewać, że realne płace prawie nie zmienią się. Niestety, wysoka inflacja dotyka również oszczędności Polaków. Według NBP średnie oprocentowanie nowych lokat z terminem do 3 miesięcy wynosiło w lipcu 5,3%. Realnie daje to nam zatem 1,6% po uwzględnieniu nowej prognozy inflacji. Co więcej, na rynku znajduje się sporo ofert banków z lokatami oprocentowanymi mniej niż inflacja [19].

W opinii ekonomistów jednym z czynników hamujących spadek inflacji w lecie 2009 roku była zwiększona krajowa aktywność turystyczna spowodowana niskim kursem złotego. Ponieważ zagraniczne wyjazdy podróżowały, Polacy częściej spędzali wakacje w kraju. Chętniej też w okresie letnim robili zakupy. Statystyki odnotowują silny wzrost dynamiki sprzedaży detalicznej w lipcu – 5,7% rok do roku wobec 0,7% w czerwcu. Dzięki rozpoczętym wyprzedażom sezonowym spadły ceny odzieży i obuwia – o prawie 8% rok do roku oraz paliwa do transportu indywidualnego – 6%. Ceny, niestety, nie tylko spadały, ale też w tym czasie

rosły – głównie w branży żywności, napojów, alkoholu i wyrobów tytoniowych – o 5,6%, przy czym alkohole i tytoń podrożały o 10,3% rok do roku. Szacunkowe przewidywania określają poziom inflacji na koniec roku na ponad 3%. Według ekspertów, przy tak wyraźnym osłabieniu złotego, z jakim mamy do czynienia, inflacja i tak nie jest wysoka [112].

Według prognoz inflacja będzie stopniowo się obniżać, na co wpływ ma to, że wzrost gospodarczy nie będzie już tak dynamiczny oraz fakt, że słabsza złotówka wpłynie, choć z opóźnieniem na wzrost cen. Osoby starsze dość rzadko przechowują swoje oszczędności na lokatach lub w innych formach oszczędzania. Ponadto emerytury podlegają tzw. indeksacji, co ma niwelować wpływ zmian inflacyjnych na wysokość świadczeń emerytalnych. Taka sytuacja nie będzie zbyt silnie oddziaływać na osoby starsze, można więc raczej oczekiwać, że zgłaszanie **popytu na usługi rehabilitacyjne za bardzo się nie zmieni**.

4.1.2 Czynniki społeczne

4.1.2.1 Trwanie życia

Starzenie się społeczeństwa to zjawisko występujące w całej Europie. Odsetek osób w wieku 65 lat i więcej w krajach Unii Europejskiej wynosi średnio 16,5%. Za E. Rossetem przyjmuje się, że społeczeństwo wkracza w fazę starości demograficznej, gdy odsetek ludzi w wieku powyżej 60. roku życia przekracza 12,0% członków populacji [87]. Na podstawie danych z tabeli 7. można stwierdzić, że społeczeństwo polskie, podobnie jak zbiorowości większości krajów europejskich, wkroczyło już w fazę starości demograficznej. Powszechnymi przyczynami starzenia się ludności są spadek dzietności oraz wydłużony okres dalszego trwania życia.

Wskaźnik przeciętnego dalszego trwania życia służy ocenie, ile lat ma szansę przeżyć osoba urodzona w danym roku przy uwzględnieniu różnych problemów zdrowotnych, które napotka w swoim życiu. Tendencją jest, że przewidywane trwanie życia ludzkiego wydłuża się zarówno dla noworodków, jak i dla osób w innym wieku. Przeciętne dalsze trwanie życia dla świata wynosiło na początku XX wieku średnio około 40 lat, obecnie wynosi 69 lat, a w Japonii nawet 80. W Polsce wskaźnik ten jest taki sam, jak średnia życia w Europie, i wynosi 74 lata. Przyspieszeniu uległo też tempo wzrostu ludności świata – o ile pomiędzy wzrostem z 1 do 2 miliardów upłynęło 110 lat, to wzrost o kolejny miliard trwał kolejno na przestrzeni tylko 30 lat, 16 lat i 11 lat. Z analizy procesu zmian wynika, że wzrost ludności globu jest bardziej wynikiem spadku umieralności niż wzrostu rozrodczości. Poza tym należy spodziewać się, że liczba ludności Afryki wzrośnie prawie trzykrotnie, zmniejszy się zaś liczba ludności w niektórych krajach zachodnich, a przede wszystkim w Europie Wschodniej [134, s.63].

Tabela 7.

Populacja Unii Europejskiej według struktury wieku w 2005 roku

Kraj	50-64 lata	65-79 lat	80 lat i więcej	powyżej 65 lat
UE 25*	17,9	12,5	4,0	16,5
UE 15*	17,9	12,8	4,2	17
Strefa Euro*	17,9	13,1	4,2	17,3
Belgia*	17,5	13,0	4,1	17,1
Czechy	20,8	11,0	3,0	14
Dania	19,7	10,9	4,1	15
Niemcy	18,5	14,3	4,3	18,6
Estonia*	17,7	13,2	3,0	16,2
Grecja*	17,4	14,6	3,3	17,9
Hiszpania	16,4	12,5	4,3	16,8
Francja	17,6	11,9	4,5	16,4
Irlandia	15,4	8,5	2,7	11,2
Włochy*	18,5	14,4	4,8	19,2
Cypr	16,3	9,3	2,6	11,9
Łotwa	17,6	13,5	3,0	16,5
Litwa	16,3	12,3	2,8	15,1
Luksemburg	16,8	11,1	3,2	14,3
Węgry	19,7	12,3	3,3	15,6
Malta	19,6	10,4	2,9	13,3
Holandia	18,7	10,5	3,5	14
Austria	17,8	11,8	4,2	16
Polska	17,6	10,6	2,5	13,1
Portugalia	17,5	13,2	3,8	17
Słowenia	18,8	12,3	3,0	15,3
Słowacja	17,3	9,3	2,4	11,7
Finlandia	20,7	12,0	3,9	15,9
Szwecja	19,6	11,9	5,4	17,3
Wielka Brytania*	17,6	11,6	4,3	15,9
Bułgaria	19,9	14,0	3,1	17,1
Rumunia	17,0	12,3	2,4	14,7

* Dane z 2004 roku.

Źródło: Na podstawie [27, s.3]

Wśród krajów członkowskich Unii Europejskiej najdłużej żyją mieszkańcy Szwecji, Hiszpanii i Francji. Po uwzględnieniu różnicy płci wynika, że mężczyźni najdłużej żyją w Szwecji, kobiety natomiast w Hiszpanii i Francji. Najkrótsza oczekiwana długość życia jest tymczasem w krajach nadbałtyckich: w Estonii i na Łotwie. Tam też najkrócej żyją mężczyźni. Kobiety zaś najkrócej żyją w Rumunii i w Bułgarii (Tabela 8. Oczekiwana długość życia w krajach członkowskich w Unii Europejskiej w 2004 roku).

Tabela 8.

Oczekiwana długość życia w krajach członkowskich Unii Europejskiej w 2004 roku

Kraj	Mężczyźni	Kobiety	Średnia
Estonia*	65,3	77,1	71,20
Łotwa	65,5	77,2	71,35
Rumunia	67,7	75,1	71,40
Litwa	66,4	77,8	72,10
Bułgaria	68,9	76,0	72,45
Węgry	68,6	76,9	72,75
Słowacja	70,3	77,8	74,05
Polska	70,0	79,2	74,60
Czechy	72,6	79,0	75,80
Słowenia	73,5	80,7	77,10
Dania	75,2	79,9	77,55
Belgia*	75,1	81,1	78,10
Portugalia	74,9	81,4	78,15
Wielka Brytania*	75,9	80,5	78,20
Malta*	75,9	81,4	78,55
UE 25	75,6	81,7	78,65
Holandia	76,4	81,1	78,75
Finlandia	75,3	82,3	78,80
Irlandia	76,4	81,2	78,80
Grecja	76,6	81,4	79,00
Luksemburg	76,0	82,2	79,10
Cypr	76,6	82,1	79,25
Austria	76,4	82,1	79,25
UE 15	76,6	82,2	79,40
Włochy*	76,8	82,9	79,85
Francja	76,7	83,8	80,25
Hiszpania	77,2	83,8	80,5
Szwecja	78,4	82,7	80,55

* Dane z 2002 roku.

Źródło: [27, s.6]

Zjawisko starzenia demograficznego jest wynikiem nakładania się **wzrostu średniej długości życia**, a tym samym wzrostu odsetka osób w wieku podeszłym (w Polsce w 2003 roku było to 12,96% populacji) oraz spadku przyrostu naturalnego, obserwowanego w kraju nieprzerwanie od 1980 roku. Innym znaczącym zjawiskiem jest ujemne saldo migracji zagranicznych, które w roku 2005 wyniosło „-103”. W ostatnich latach największy odsetek osób w wieku podeszłym zanotowano w 7 województwach: łódzkim (14,73%), świętokrzyskim (14,56%), mazowieckim (14,36%), podlaskim (14,18%), lubelskim (14,06%), dolnośląskim (13,18%), małopolskim (13,01%) [31, s.135].

Zgodnie z wynikami Narodowego Spisu Powszechnego województwo podlaskie na dzień 20 maja 2002 roku liczyło 1208,6 tys. mieszkańców [134, s.63]. W stosunku do roku 1988, to jest roku poprzedniego spisu powszechnego, liczba ludności wzrosła o 48 tys. – zwiększeniu uległa liczba ludności miast na niekorzyść wsi. W 2005 roku udział ludności miejskiej w łącznej populacji mieszkańców województwa podlaskiego wyniósł 59,2% (710 tys. osób) [83, s.80]. Złożył się na to szereg czynników i oprócz bezpośrednich przyczyn, czyli samych przepływów ludnościowych, na końcowy rezultat wpływ wywarły przekształcenia administracyjne, takie jak nadawanie praw miejskich oraz rozszerzanie granic administracyjnych miast.

Tabela 9.

Starzenie się populacji Polski według województw w 2003 roku (%)

Polska ogółem	12,96
Dolnośląskie	13,18
Kujawsko-pomorskie	12,04
Lubelskie	14,06
Lubuskie	11,43
Łódzkie	14,73
Małopolskie	13,01
Mazowieckie	14,36
Opolskie	12,89
Podkarpackie	12,56
Podlaskie	14,18
Pomorskie	11,53
Śląskie	12,51
Świętokrzyskie	14,56
Warmińsko-mazurskie	11,27
Wielkopolskie	11,70
Zachodniopomorskie	11,77

Źródło: [31, s.135].

Począwszy od 1998 roku, obserwuje się powolny, choć stopniowy spadek liczby ludności województwa podlaskiego. Obniżająca się, a od 2001 roku stale utrzymująca się na ujemnym poziomie stopa przyrostu naturalnego oraz ujemne saldo migracji prowadzą do spadku liczebności populacji województwa podlaskiego [86, s.171]. Odpowiednio w latach 1999-2005 przyrost naturalny w przeliczeniu na 1000 mieszkańców wynosił: -0,02; 0,22; -0,03; -0,14; -0,8; -0,9 oraz -0,7 [109, s.195]. Zjawisko to potwierdza sytuację dla całego kraju, gdzie stopa przyrostu naturalnego w 2005 roku dla Polski wyniosła -0,1.

Od 1989 roku nie ma w kraju reprodukcji pokoleń, a starzenie się polskiej ludności nabrało cech procesu nieodwracalnego. Można uznać, że będzie to miało wpływ również na sytuację ekonomiczną społeczeństwa. Prowadzić to będzie do zwiększenia obciążenia budżetu wydatkami na renty i emerytury. Prognozy wskazują, że w połowie XXI wieku liczba ludności Polski zmniejszy się nawet do 36 mln, to zaś przy obecnych tendencjach demograficznych może prowadzić do trudności w zabezpieczeniu starości na takim poziomie socjalnym, jak dziś. Ten czynnik demograficzny w dużym stopniu wpłynie na przyszłość sektora rehabilitacji geriatrycznej, szczególnie jeśli nie zostaną uwzględnione zmiany w sposobie ubezpieczenia i całego systemu rent i emerytur w Polsce.

Ewentualne załamanie systemu emerytalnego może prowadzić do gwałtownego pogorszenia się warunków życia. Wraz ze wzrostem liczebności ludzi starszych zaczyna bowiem brakować siły roboczej w wieku produkcyjnym zdolnej utrzymać emerytów. Ponadto z roku na rok rosną wydatki na emerytury, szpitale, pielęgniarki czy domy opieki.

Starzenie się polskiego społeczeństwa prowadzi do spadku oszczędności i spowolnienia produkcji. Taki stan rzeczy może spowodować zwiększone zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne tych grup wiekowych. Starsze grupy wiekowe są najbardziej narażone na zachorowania i „konsumują” najwięcej świadczeń, zarówno w sferze publicznych, jak i prywatnych usług medycznych.

Znaczące wydłużenie się czasu życia powiązane jest także z lepszą kondycją seniorów, wynikającą z dbania o zdrowie, a co za tym idzie, ze znaczącym wzrostem popytu na różnego rodzaju dobra i usługi związane z rehabilitacją. Można oczekiwać, że osoby starsze coraz chętniej będą korzystać z oferty nie tylko ośrodków związanych z ochroną zdrowia, ale i innej, np. turystyki dla osób starszych, która zawierać będzie elementy rekreacji i rehabilitacji dla tej grupy odbiorców.

4.1.2.2 Styl życia i wzorce konsumpcji

Na funkcjonowanie człowieka starego duży wpływ mają wyrażane przez niego postawy wobec świata, siebie i własnej starości. Według amerykańskiej badaczki S. Reichard można wyróżnić pięć typów przystosowania się jednostki do ostatniego etapu życia [82]:

1. Postawa konstruktywna – charakteryzuje się tym, że człowiek potrafi czerpać radość z życia i kontaktów towarzyskich, akceptuje własną starość, a także śmierć, jako naturalną kolej rzeczy.
2. Postawa zależności – polega na bierności, zależności od innych, wycofaniu się z życia publicznego.
3. Postawa obronna – cechuje ją strach przed śmiercią i nieporadnością. Przejawiający ją seniorzy starają się zasłonić swoje obawy nadaktywnością, także zawodową, i samowystarczalnością. Zdarza się też, że okazują zazdrość wobec ludzi młodych.
4. Postawa wrogości do otoczenia – jej charakterystyczną cechą są agresywne, wybuchowe i podejrzliwe zachowania. Starość jest traktowana przez jednostkę jako okres wyrzeczeń, ubóstwa, zniedołężnienia i utraty sił. Obok zazdrości młodym ich wieku występuje tu brak pogodzenia się ze starością i odczucie lęku przed śmiercią.
5. Postawa wrogości do siebie – charakteryzuje ludzi o wyraźnym ujemnym bilansie życiowym, którzy niechętnie wracają do wspomnień, ponieważ w ich życiu było wiele zawodów i trudności. Reprezentują ją osoby mało aktywne i mało zaradne, które mają pretensję do samych siebie. Śmierć traktują jako wyzwolenie od nieszczęśliwej egzystencji.

Te postawy mają swoje odzwierciedlenie także w stylu życia seniorów. W literaturze przedmiotu można znaleźć różne jego typologie. Jedną z nich ukazuje dwa skrajne style: cechujący się aktywnością lub biernością, oraz style pośrednie, takie jak rodzinny i domocentryczny.

Wszystkie osoby starsze powinny mieć możliwość wyboru aktywnego stylu życia. Istnieje silna zależność pomiędzy zdrowiem a poziomem aktywności człowieka. Styl taki może przybierać rozmaite formy. Osoby starsze mogą być aktywne w różnych dziedzinach, a mianowicie: działać w stowarzyszeniach, wolontariacie, studiować na uniwersytetach trzeciego wieku, realizować swoje zainteresowania i hobby, uprawiać działkę oraz udzielać się w życiu społecznym, religijnym i politycznym. Część ludzi starszych dorabia do emerytury, a osoby zamieszkujące na wsi zwykle pracują na gospodarstwie do późnej starości. Wydawać by się mogło, że te formy aktywności są mniej atrakcyjne, ale wbrew pozorom nie jest to takie łatwe do rozstrzygnięcia, a ich ocena bywa sprawą indywidualną i zależy od potrzeb, preferencji i możliwości poszczególnych seniorów. Co ważne, niektóre formy aktywności nie wymagają znacznych nakładów finansowych, jak choćby spotkania z przyjaciółmi, inne zaś, jak np. wczasy zagraniczne, dla większości pozostają jedynie w sferze marzeń.

Przeciwieństwem aktywnego stylu życia jest styl bierny. Osoby reprezentujące go praktycznie nie wychodzą ze swojego domu. Jeśli już go opuszczają, to tylko przy wyjątkowych okazjach, takich jak głosowanie wyborcze czy ważne uroczystości rodzinne. Niekiedy jednak nie jest to kwestia wyboru, ale konieczność spowodowana np. ciężką chorobą.

Osoby reprezentujące styl domocentryczny rzadko opuszczają swoje mieszkanie, ale jednocześnie są otwarte na ludzi, podejmują rodzinę i znajomych. Często hodują zwierzęta, oglądają telewizję, czytają książki i gazety. Te zajęcia mogą być atrakcyjne, ale w przypadku wdowieństwa nie wypełniają w pełni czasu wolnego i alternatywą staje się wyjście z domu – jedni podejmują to wyzwanie i ich styl życia może przybrać formę aktywnego czy rodzinnego, a inni nie i stają się bardziej bierni.

Styl rodzinny cechuje rozszerzona rola babci lub dziadka, polegająca na opiece nad wnukami. Dla wielu osób to zajęcie dające radość, poczucie przynależności i satysfakcji. Posiadanie wnuków wiąże się

z aktywnością ruchową i umysłową. Ponadto sprzyja zadowoleniu z kontynuacji linii biologicznej oraz możliwości przekazania doświadczeń i tradycji. Niemniej opieka nad wnukami może być uciążliwa, jeżeli wypiera inne formy aktywności czy też przekracza możliwości człowieka starszego [110].

Aby zachować dobrą kondycję psychofizyczną, niezbędna jest odpowiednia aktywność ruchowa wpisana na stałe w styl życia człowieka. Jest to szczególnie ważne w przypadku osób starszych. Im człowiek jest starszy, tym większy wpływ na jakość jego życia, czyli sprawność, samodzielność i niezależność, mają regularne ćwiczenia fizyczne. Zauważa się jednak, że uczestnictwo ludzi dorosłych, a tym bardziej po 60. roku życia, w rekreacji ruchowej jest sporadyczne i nieregularne. Nie jest to cecha tylko osób starych – należy bowiem uznać, że w ogóle aktywność ruchowa jest prawie nieobecna w stylu życia dorosłych Polaków.

Wyniki badań wśród kobiet o średniej wieku 70 lat wskazały, że 79% osób aktywnych ruchowo w chwili prowadzenia badań miało do czynienia ze sportem w przeszłości. Ponadto z badań wynikało, że rekreacja ruchowa jest nieodłącznym elementem wolnego czasu u osób, które mają wyrobione takie nawyki już od najmłodszych lat. Tymczasem osoby „nieaktywne” wśród form spędzania wolnego czasu wskazywały najczęściej zajęcia takie, jak czytanie książek, oglądanie telewizji czy też słuchanie radia [4, s.61-65].

Inne badania przeprowadzone na mieszkańcach Gliwic wskazują podobnie, że chociaż wypoczynek związany z ruchem fizycznym jest ważny dla zdrowia, to osoby starsze częściej wybierają inne formy spędzania czasu wolnego. Analiza wypowiedzi ankietowanych dowodzi, iż najwięcej osób spędza czas wolny na oglądaniu telewizji – 77%, czytaniu książek lub czasopiśmie – 68%, robieniu zakupów – 62%, spotykaniu się ze znajomymi, przyjaciółmi – 51%, gotowaniu – 50%, spacerach – 49%, pomaganiu rodzinie – 26%. Najmniej osób spędza czas na uprawianiu sportu – 14%, uprawianiu ogródka – 21% oraz na robótkach ręcznych – 16%. Wśród badanych tylko co druga osoba wskazała aktywny wypoczynek – 51% i są to głównie spacer – 29%, jazda na rowerze – 14%, piesze wędrówki – 7% oraz pływanie – 1 osoba. Aż 37% ankietowanych nie lubi aktywnie wypoczywać, natomiast 12% przyznaje, że czasem preferuje tę formę wypoczynku [21, s.267-271].

Na podstawie powyższej analizy można uznać, że osoby starsze w Polsce swój czas wolny spędzają biernie, głównie na oglądaniu telewizji. Stosunkowo często spędzają też czas na czytaniu. Spacer – jako czynna forma odpoczynku – wymieniane są przez mniej niż połowę badanych. Niestety, te wyniki wskazują, że w przeciągu co najmniej dwudziestu ostatnich lat **nie zmieniły się wzory aktywności ludzi starszych** [21, s.270].

Z drugiej strony należy zwrócić uwagę na fakt, że społeczeństwo polskie jest mało innowacyjne, podatne na kopiowanie zachowań innych. Najbliższy nam wzór do naśladowania w kwestii konsumpcji stanowi gospodarka Stanów Zjednoczonych, co prowadzi do prostego wniosku, że również **w Polsce będzie następował wzrost ilości podróży emerytów i silny rozwój sektora zajmującego się opieką nad osobami w tym wieku**. Również w większości krajów europejskich szybko rośnie znaczenie podróży i turystyki. Coraz większy jest także udział dochodów z turystyki w gospodarce wielu krajów. Obserwowane w turystyce światowej trendy wskazują na silnie wzrastające zainteresowanie formami wyjazdów, w których wieś i las odgrywają zasadniczą rolę. Ponadto, co ważne z punktu widzenia potencjału województwa podlaskiego, daje to szansę na jego wykorzystanie.

Okazuje się przy tym, że zgodnie z przewidywaniami światowych ekspertów jakość usług i stan środowiska naturalnego oraz poziom cen będą odgrywały coraz większą rolę w wyborze celu podróży i miejsca zakwaterowania. Można przyjąć, że turystyka w Polsce, podobnie jak w Europie Zachodniej, co wynika z wysokiego poziomu imitacji zachowań przez polskich konsumentów, będzie rozwijać się w następujących kierunkach [130, s.54]:

1. Zwiększy się ilość krótkich wyjazdów i wypoczynku weekendowego.
2. Rozwiną się obszary i przedsiębiorstwa przedstawiające bogatą ofertę zapewniającą różnorodne atrakcje.

3. Wzrosnie zainteresowanie turystyką aktywną i sportem.
4. Zwiększy się znaczenie wypoczynku łączącego aktywne spędzanie czasu oraz rehabilitację i poprawę zdrowia – *wellness* i SPA (z łaciny: *Sanus Per Aquam* – zdrowie przez wodę).
5. Rozwiną się kompleksy rekreacyjno-wypoczynkowe dające możliwości uprawiania turystyki aktywnej, uczestnictwa w zabiegach rehabilitacyjnych i lecznictwie.

Jednocześnie można stwierdzić, że rynek seniorów staje się obecnie jednym z najważniejszych rynków dla szeroko pojętego przemysłu turystycznego. W krajach wysoko rozwiniętych odsetek osób powyżej 60. roku życia podejmujących podróże zagraniczne wynosi: w Niemczech – 20%, w Wielkiej Brytanii – 16%, we Włoszech – 13%, w Hiszpanii – 15%, w Stanach Zjednoczonych – 27%, w Kanadzie – 28%, w Japonii – 27%.

Obserwacja tych rynków wskazuje, że dominującymi globalnymi trendami w zakresie turystyki i wypoczynku już są lub w najbliższej przyszłości będą [107, s.103-106]:

- rosnący popyt na usługi związane z profilaktyką zdrowotną oraz „przedłużaniem” młodości i życia (SPA, *wellness*, uzdrowiska, podróże w celu poddania się operacjom plastycznym),
- rosnący popyt na usługi rehabilitacyjne,
- wzrastający popyt na wyjazdy poza sezonem (brak tłumów, łagodniejsze temperatury),
- rosnący popyt na miejsca ciche, spokojne i o łagodnym klimacie,
- wzrost popytu na spokojniejsze formy sportu, rekreacji i rozrywki (np. pola golfowe, fotografowanie, malowanie),
- zwiększenie popytu na jakość, wygodę i bezpieczeństwo,
- wzrost popytu na „udogodnienia”, w tym np. likwidację barier architektonicznych, ergonomiczne wyposażenie hoteli, prysznice zamiast wanien w łazienkach hotelowych, dobre oświetlenie i oznakowanie, teksty broszur i katalogów z dużą czcionką,
- większy popyt na luksus,
- zwiększenie popytu na produkty dla osób podróżujących pojedynczo (zwłaszcza kobiet),
- wzrost popytu na imprezy dla „aktywnych, młodych dziadków z wnukami”,
- wzrost popytu na wyjazdy zimą do ciepłych krajów,
- spadek popytu na kierunki lub produkty postrzegane jako „mniej zdrowe” czy mniej bezpieczne,
- wzrost popytu na rejsy oraz imprezy lotnicze,
- zmniejszenie popytu na imprezy autokarowe.

W kontekście sygnalizowanych globalnych przemian i tendencji sytuacja osób starszych w Polsce jest obecnie nieco inna niż seniora amerykańskiego, niemieckiego czy francuskiego. Okazuje się, że polski senior turysta nie jest jeszcze przedmiotem większego zainteresowania ze strony branży turystycznej. Jednym z powodów tego stanu rzeczy jest uznanie go za osobę z niskimi dochodami. Zwrotnie zauważa się zatem niewielką ilość ofert dla osób starszych, może jedynie z wyjątkiem imprez o charakterze pielgrzymkowym. Niemniej porównanie uczestnictwa starszych Polaków w długoterminowych wyjazdach wypoczynkowych na 4 i więcej noclegów z aktywnością seniorów w innych krajach Europy pokazuje, że nie odbiega ono rażąco od zachodnioeuropejskiego poziomu, a nawet jest wyższe niż w innych krajach – nowych państwach członkowskich Unii Europejskiej (Tabela 10. Seniorzy podróżujący w celach turystycznych – podróże obejmujące 4 i więcej noclegów w wybranych krajach w 2004 roku).

Tabela 10.

Seniorzy podróżujący w celach turystycznych – podróże obejmujące 4 i więcej noclegów
w wybranych krajach w 2004 roku

Kraj	Ogólna liczba osób podróżujących (w tys.)	W tym liczba turystów seniorów (w tys.)	Seniorzy jako odsetek ogółu turystów
Belgia	4009	339	8,5
Czechy	4668	372	7,9
Francja	29829	5874	20,0
Holandia	9200	1376	14,9
Litwa	620	33	5,3
Niemcy	44828	6067	13,5
Polska	10075	1023	10,1
Słowacja	4088	214	5,2
Wielka Brytania	29340	4690	16,0

Źródło: [108, s.25].

Najaktywniejsi pod względem wyjazdów długoterminowych (łącznie krajowych i zagranicznych) są seniorzy w wieku powyżej 65 roku życia będący obywatelami Holandii; ponad 61% tej populacji podejmuje takie podróże (Tabela 11. Udział seniorów podróżujących w celach turystycznych w ogólnej liczbie seniorów żyjących w danym kraju w 2004 roku). Warto też zwrócić uwagę, że w wielu krajach Europy Zachodniej, w tym szczególnie we Francji i Szwajcarii, ale także w Niemczech i Hiszpanii, mocno jest rozwinięta turystyka socjalna, której jednym z celów jest wsparcie konsumpcji turystycznej osób starszych.

W odniesieniu do form organizacji wyjazdów przez osoby starsze w Polsce stwierdza się, że większość polskich seniorów organizuje wyjazdy samodzielnie (82% w przypadku podróży krajowych i 71% w przypadku podróży zagranicznych), a tylko niewielki odsetek korzysta z biur podróży (8% w przypadku podróży krajowych i 24% w przypadku podróży zagranicznych). Blisko połowa seniorów podróżuje, by odwiedzić rodzinę i znajomych oraz żywi się u nich i nocuje, zaś tylko kilka procent korzysta z usług hoteli.

Tabela 11.

Udział seniorów podróżujących w celach turystycznych w ogólnej liczbie seniorów żyjących
w danym kraju w 2004 roku

Kraj	Liczba osób w wieku 65 lat i więcej	Odsetek osób podróżujących
Belgia	1780	19,0
Czechy	1422	26,2
Francja	9828	59,8
Holandia	2250	61,2
Litwa	517	6,4
Niemcy	14859	40,8
Polska	4951	20,7
Słowacja	619	34,6
Wielka Brytania	9429	49,7

Źródło: [108, s.26].

Tabela 12.

Cele długoterminowych podróży osób w wieku 60 lat i starszych w 2004 roku w Polsce

Cel wyjazdu krajowego	Odsetek osób deklarujących	Cel wyjazdu zagranicznego	Odsetek osób deklarujących
Turystyczno-wypoczynkowy	44,5	Wyłącznie wakacje, urlop	40,1
Odwiedziny krewnych i znajomych	48,0	Odwiedziny krewnych i znajomych połączone z wakacjami, wypoczynkiem	27,9
Służbowy	0,5	Odwiedziny krewnych i znajomych bez wypoczynku	24,0
Zdrowotny	16,4	Służbowy	5,9
Religijny	0,6	Pielgrzymka	1,8
Inny	1,1	Inny	1,5

Źródło: [108, s.25].

Odsetek osób korzystających z wyjazdów o charakterze turystyczno-wypoczynkowym wyniósł w Polsce w 2004 roku 44,5% (Tabela 12. Cele długoterminowych podróży osób w wieku 60 lat i starszych w 2004 roku w Polsce). Niemal połowa długoterminowych podróży osób starszych dotyczy odwiedzin krewnych i znajomych. Tylko około 16% seniorów wybiera się w podróż w celach leczniczych. Wyjazdy zagraniczne nie mają przeważnie charakteru prozdrowotnego – najczęściej są to po prostu wakacje. Takie kierunki podróży mogą wynikać między innymi z tego, że osoby urodzone przed 1945 rokiem należą do pokolenia o innym systemie wartości niż osoby poniżej 60 roku życia [41, s.324-348]. Znaczna część tych osób wychowywała się w warunkach wojennych i powojennych, którym towarzyszyły głód, nieprzewidywalne niebezpieczeństwa, prześladowania, kartki i kolejki do sklepów. Wobec tego dla większości z nich turystyka jest „zbytkiem i wyrzucaniem pieniędzy w błoto”, gdyż wyższą wartość stanowi potrzeba zabezpieczenia się na wypadek biedy, choroby, braków w sklepach. Tak więc nie tylko środki finansowe i związana z nimi słaba siła nabywcza mają znaczenie dla niskiej konsumpcji dóbr i usług turystycznych przez seniorów. Osoby z tego pokolenia rzadko uznają, że turystyka i aktywność ruchowa stanowią lepsze lekarstwo na wiele problemów starości niż tabletki, czy maści. Przypuszcza się, że takie podejście będzie już znacznie mniej powszechne wśród osób starszych z pokoleń powojennych.

Co ciekawe jednak **zauważa się znaczący udział konsumpcji usług sanatoryjnych**, co jest przede wszystkim dofinansowane w ramach NFZ czy też zalecone przez lekarza lub wykupione przez rodzinę. Wartość tego rynku szacuje się wstępnie na 200-300 mln zł rocznie.

Z drugiej strony osoby w wieku starszym w krajach Ameryki Północnej, w Niemczech czy Francji są świadome pozytywnego wpływu na zdrowie turystyki i rekreacji. Fakt ten może stanowić przesłankę do uznania, że i takie trendy pojawiają się w najbliższej przyszłości w Polsce. Konieczne są jednak przede wszystkim zmiany w ofercie biur podróży, jak i utworzenie nowych ośrodków o charakterze leczniczym, w tym rehabilitacyjnych, które uwzględnić będą tę grupę wiekową. Obecnie w zasadzie **poza sektorem uzdrowiskowym nie ma oferty dla osób w tym przedziale wiekowym**. Można wręcz uznać, że starzenie się społeczeństwa jest na razie częściej problemem analizowanym przez demografów i socjologów oraz zmartwieniem ekonomistów, rzadziej polityków czy instytucji odpowiedzialnych za politykę zdrowotną i socjalną. Widać natomiast niedobór zainteresowania ze strony przedsiębiorców, dla których mogłaby być to atrakcyjna nisza rynkowa. Ośrodki rehabilitacyjne mogłyby się świetnie w niej odnaleźć. Jest tu też niewątpliwie miejsce dla przemysłu

turystycznego.

Podsumowując, uwagę zwracają trwale utrzymujące się bierne sposoby zachowań ludzi starszych, a to niewątpliwie negatywnie może oddziaływać na rozwój sektora rehabilitacji. Z drugiej zaś strony zauważa się jednak fakt, że dość chętnie korzystają oni z usług sanatoryjnych. Ponadto należy uwzględnić trendy, jakie zachodzą przede wszystkim w sferze turystyki osób starszych na świecie. Pozwalają one twierdzić, że w niedalekiej przyszłości jest szansa na zmianę wzorców konsumpcji i zwiększenia zainteresowania zdrowym stylem życia wynikającym ze wzrostu aktywności, także przez polskich emerytów. Zatem mimo występowania zarówno negatywnych, jak i w niektórych sferach pozytywnych tendencji w zakresie wzorców konsumpcji przewidywać można, że jednak prawdopodobieństwo wzrostu zainteresowania zdrowym stylem życia jest większe niż utrzymanie dotychczasowych biernych wzorców konsumpcji.

4.1.2.3 Jakość życia

Jakość życia jest wartością niezwykle subiektywną. Wpływ na nią mają nie tylko zmienne demograficzne, ale również preferowany system wartości, cechy osobowości, pochodzenie społeczne, a także poziom i jakość aktywności życiowej [60, s.156].

Należy zwrócić uwagę, że odsetek osób w starszym wieku będzie systematycznie wzrastał. Procesowi temu towarzyszyć będzie szczególnie wysoki udział najstarszych roczników, określanych przez ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia jako wiek starczy (75 i więcej lat) i wiek sędziwy (powyżej 90 lat). Jednym z zadań opieki zdrowotnej jest utrzymanie ludzi starszych w dotychczasowym środowisku w stanie możliwie największej sprawności, samodzielności i niezależności. W Polsce, podobnie jak w innych krajach, osoby starsze są najpoważniejszymi odbiorcami usług zdrowotnych. W większości krajów zachodnich wydatki na publiczną ochronę zdrowia na osobę w wieku powyżej 65 lat są ponad 4-krotnie wyższe niż na osobę w wieku 0-64 lat. Niemniej wydłużanie się życia ludzkiego to zjawisko pozytywne. Ważna jest przy tym kwestia czy te dodatkowe lata życia upłyną w dobrym czy w złym stanie zdrowia oraz w jakim stopniu zabezpieczone zostaną potrzeby zdrowotne osób starszych. Zdrowie posiada na tym etapie życia wartość szczególną, gdyż umożliwia aktywne i w miarę niezależne życie [129, s.129].

Jednym z wyznaczników jakości życia w wieku podeszłym jest liczba i jakość usług oferowanych w miejscu zamieszkania starszego człowieka i możliwości ich indywidualnego współfinansowania. W związku z tym ważnym obszarem wymagającym usprawnienia jest szkolenie profesjonalnych opiekunów seniora, zarówno rodziny, jak i osób obcych. Zadanie to może realizować zarówno sektor państwowy, jak też organizacji pozarządowych oraz usługodawców komercyjnych [80, s.50].

Inny pogląd na jakość życia osób starszych to uznanie, że jednym z istotnych czynników określających pomyślność starzenia się i jakość życia w starości jest zachowanie autonomii, prywatności i kontroli nad własnym życiem. W tym kontekście pobyt w zakładzie opiekuńczym nie jest w stanie zastąpić własnego domu, chociażby z uwagi na obowiązujące w nim regulaminy i zasady współżycia zbiorowego. Ponadto należy pamiętać o trudnościach adaptacyjnych starego organizmu do zmian, w tym zmiany miejsca zamieszkania. Dlatego też, mimo że założeniem opieki instytucjonalnej jest dbałość o poprawę jakości życia pensjonariuszy, to decyzja o opuszczeniu własnego domu i zamieszkaniu w instytucji, nawet na czas określony, jest najczęściej dramatyczna, odczuwana przez osoby starsze jako wymuszona, a niekiedy jako ostateczna. Z tego punktu widzenia można stwierdzić, że dom jest najlepszym miejscem życia człowieka w zdrowiu i chorobie. Opuszcza się go z wyboru, z nadzieją na powrót lub z konieczności [5].

Nie ulega zatem wątpliwości, że jakość życia osób dotkniętych chorobą, w przypadku tak poważnej deprywacji potrzeb lub znacznego utrudnienia w ich zaspokajaniu jest istotnie niska. Często bez względu na to,

czy to dom, czy ośrodek, ludzie ci są skazani nie tylko na rezygnację z licznych dotychczasowych form aktywności, realizacji swoich marzeń i hobby, życia zgodnego z własną koncepcją i upodobaniami, ale przede wszystkim niejednokrotnie skazani są na samotność. Konieczność przebywania chorego w domu, łóżku lub szpitalu z jednej strony, z drugiej zaś fakt, że jego rodzina, znajomi czy przyjaciele też mimo wszystko muszą dalej żyć zgodnie z własnym harmonogramem dnia, sprawiają, że chory ma poczucie nieprzydatności. Taka sytuacja nie sprzyja pozytywnemu myśleniu – niepokój o stan zdrowia przeradza się w lęk o życie, brak woli życia, przejawianie negatywnych postaw wobec siebie i przyszłości, pogorszenie nastroju. Niezaspokojone potrzeby utrudniają pozyskanie zgody na rehabilitację, ale jeżeli chorego udaje się namówić nawet na dość bolesne zabiegi, to dają one pozytywne rezultaty. Nastrój badanego oraz jego poczucie wartości się podwyższają, zmniejsza się poziom lęku i wzrasta motywacja w stosunku do przyszłości [60, s.156-157].

Badania wpływu rehabilitacji na jakość życia wskazują na pozytywne jej oddziaływanie w czterech aspektach: a) stanu emocjonalnego, b) poziomu lęku, c) stanu psychofizycznego oraz d) obrazu własnej osoby. Badanie poziomu jakości życia przed rehabilitacją i po niej wskazuje, że wola i pasja życia wyraźnie wzrastają po rehabilitacji. Oznacza to, że rehabilitacja odgrywa ważną rolę w podniesieniu poziomu jakości życia u chorujących w okresie starości [60, s.156].

Tabela 13.
Jakość życia osób przed i po rehabilitacji

Wyszczególnienie	Przed rehabilitacją	Po rehabilitacji
Wola życia	0,70±0,58	1,62±1,02
Pasja życia	0,98±0,61	1,58±0,98

Źródło: [60, s.156].

Im bardziej sprawne osoby wchodzą w okres starości, tym większe mają szanse na aktywność również w tym okresie życia. W każdym wieku można wybierać bardziej prozdrowotne aktywności, uwzględniając przy tym korzyści płynące z rekreacji ruchowej, turystyki czy zwyczajnych spacerów. Poprzez aktywność ruchową uzyskujemy m.in. [43]:

- poprawę lub zachowanie zadowalającego poziomu wydolności fizycznej,
- stabilizację optymalnego ciężaru ciała,
- zachowanie siły mięśniowej stabilizującej stawy, zwłaszcza kręgosłupa,
- zwiększenie dopływu dodatnich bodźców psychicznych, związanych z ćwiczeniami,
- wzrost odporności,
- zapobieganie powstaniu i rozwojowi chorób cywilizacyjnych, w tym choroby niedokrwiennej serca i chorób metabolicznych.

Oznacza to, że duża ilość doświadczeń z zakresu kultury fizycznej znacznie zwiększa szanse na powrót do zdrowia w przypadku choroby, a także sprzyja utrzymaniu dobrej jakości życia osób starszych.

Wśród osób powyżej 60. roku życia w Polsce mobilnych jest prawie 75%. Blisko 20% osób, które przekroczyły 70. rok życia, ma mobilność ograniczoną do otoczenia domu. niesprawnych jest niemal 20% osób w przedziale wiekowym 65-69 lat i około 50% po 80. roku życia. Szacunkowo można przyjąć, że w Polsce około 1,5 mln osób w wieku podeszłym ma ograniczoną mobilność, a ponad 120 tysięcy to ludzie stale leżący. Taki stan sprawności tej kategorii społecznej stwarza znaczne potrzeby z zakresu usług medycznych w dziedzinie rehabilitacji. Należy przy tym uwzględnić fakt, iż jednym z objawów starości człowieka jest widoczny spadek jego zdolności i możliwości ruchowych [43]:

- Zanik pędu do ruchu prowadzi do stanu, w którym intensywny wysiłek stanowi poważną trudność. W konsekwencji następuje ograniczenie aktywności do minimalnej ilości ruchów niezbędnych.
- Obniżenie sprawności odbierania sygnałów wzrokowych, słuchowych i czucia – ogranicza docieranie bodźców z otaczającego środowiska oraz utrudnia adekwatną reakcję.
- Zanik potrzeby ruchu, a w konsekwencji zmniejszenie tempa wykonywania czynności, ginie zdolność sprawnego reagowania w sytuacjach życia codziennego.
- Spadek możliwości w obrębie podstawowych cech motorycznych, takich jak siła, szybkość, gibkość, zręczność i wytrzymałość, uwidacznia się wyraźnie na skutek postępujących zmiany inwolucyjnych.
- Występuje trudniejsza adaptacja do wysiłku oraz spowolnienie procesów odnowy po jego wykonaniu.

Rehabilitacja może skutecznie ograniczać lub wręcz eliminować niepożądane skutki spadku możliwości ruchowych. Stwarza możliwość zwiększenia aktywności i wydolności ruchowej. Pomaga osobom starszym wrócić do środowiska, rodziny i codziennych zajęć. Dzięki zwiększeniu sprawności człowiek stary, dotychczas apatyczny, uzależniony od pomocy innych osób, staje się jednostką czynną, samowystarczalną w swoim środowisku – może dzięki temu nawiązać zerwane kontakty międzyludzkie, włączyć się do życia społecznego w miarę swych zdolności i możliwości. Dla rodziny lub opiekunów pacjenta oznacza to zmniejszenie obciążeń.

Powyższe analizy prowadzą do prostego wniosku o konieczności prowadzenia działalności rehabilitacyjnej wobec ludzi starszych. Działalność ta sprzyja poprawie ich stanu zdrowia, a co za tym idzie, jakości życia. Rehabilitacja geriatryczna powinna być prowadzona zarówno w odniesieniu do osób już hospitalizowanych, zamieszkujących zakłady opiekuńcze, jak i tych, które mieszkają w swoich domach czy też ze swoimi rodzinami. A zatem jeśli zagadnienie jakości życia jest takie ważne w kontekście wydłużania się trwania życia, to prawdopodobne jest, że zagadnienie to będzie dostrzegane przez władze na szczeblu nie tylko Unii Europejskiej, ale i poszczególnych krajów. Podejmowanie działań wspierających, przede wszystkim w postaci środków finansowych, jest więc z tego punktu widzenia dużą szansą dla rozwoju sektora rehabilitacji. Oczywiście mogą pojawić się też obawy, że wsparcie takie nie będzie występować i sytuacja utrzyma się na poziomie podobnym jak obecnie, co z punktu widzenia podmiotów sektora byłoby sytuacją o tyle dobrą, że obecne warunki działania sektora są znane. Nie należy spodziewać się stagnacji w tym zakresie, gdyż nawet sami **ludzie starsi, jak i ich rodziny będą coraz bardziej świadomi znaczenia poprawy jakości życia osób starszych**, z czego wynika nie tylko lepsza sprawność fizyczna i psychiczna samych zainteresowanych, ale też stan samopoczucia psychicznego i „zdrowej atmosfery” w całej rodzinie.

4.1.2.4 Wykształcenie i postawy osób starszych

Badania populacyjne wskazują, że pomyślności starzenia doświadcza jedynie 10-15% zbiorowości. Pozostała część osób starzeje się, doświadczając typowych dla wieku dysfunkcji. Starość jest dynamicznym procesem związanym ze specyficzną zmianą warunków życia ludzkiego, która najczęściej ma negatywny charakter i obejmuje: obniżenie sprawności fizycznej, utratę pozycji społecznej, zmianę funkcji w rodzinie, chorobę, śmierć bliskich osób oraz konieczność przystosowania się do zmiennych warunków ekonomicznych. Badania dużych populacji zwróciły uwagę gerontologów na szczególne powiązania między różnymi czynnikami, których obecność prognozuje zdrową i szczęśliwą starość – określa proces pomyślnego starzenia. Do grupy tych uwarunkowań należy – obok pozostawania w związku małżeńskim, sytuacji materialnej, pozytywnej samooceny zdrowia, utrzymywania sprawności, zachowania idealnej masy ciała i właściwej diety – wykształcenie osób starszych [134, s.67]. Uznaje się, że wykształcenie może w istotny sposób oddziaływać na sytuację zdrowotną populacji.

Stopień uczestnictwa w sporcie, turystyce i rekreacji jest w Polsce zróżnicowany przede wszystkim

Wojewódzki Urząd Pracy w Białymstoku
 Podlaskie Obserwatorium Rynku Pracy i Prognoz Gospodarczych
STARTERY PODLASKIEJ GOSPODARKI - SEKTOR REHABILITACJI GERIATRYCZNEJ

wiekowo. Najbardziej aktywne są grupy młodzieży młodszej, a najmniej ludzie w wieku starszym i podeszłym. Aktywność ruchowa ludzi starszych jest bardzo niska i wynika z ich stanu zdrowia, ale jest również uwarunkowana kulturowo negatywnym stereotypem starości pozbawiającym ludzi starych prawa do aktywności sportowej i turystycznej. Zupełnie inne zwyczaje co do aktywności turystycznej i sportowej osób starszych panują w Ameryce Północnej i Europie Zachodniej, gdzie są oni jednymi z głównych klientów biur turystycznych, salonów rekreacji i odnowy biologicznej. Ponadto znacznie mniej aktywnie sportowo od mężczyzn są w Polsce kobiety, co również wynika ze zwyczaju i normy kulturowej. W miarę wzrostu poziomu wykształcenia ludzi rośnie również stopień ich turystycznej i sportowej aktywności [57].

Dane statystyczne wskazują, że w społeczeństwie polskim rośnie liczba osób z wykształceniem średnim i wyższym. W latach 1988-2002 w Polsce zwiększył się procent osób wykształconych w społeczeństwie, także w podeszłym wieku [31, s.135].

Tabela 14.
 Ludność województwa podlaskiego w wieku 13 lat i więcej
 według poziomu wykształcenia i wieku w 2002 roku

Wiek	Ogółem	Poziom wykształcenia								
		wyższe	poli- cealne	Średnie			zasadni- cze zawodo- we	podsta- wowe ukończ- one	podstawo- we nieukończ- one i bez wykształ- cenia szkol- nego	nie- ustalony
				razem	zawodo- we	ogólno- kształcące				
ogółem	1014589	92772	35023	277739	193754	83985	184226	344079	66257	14493
13-14 lat	39579	-	-	-	-	-	-	30139	9414	26
15-19	109092	-	-	14135	4937	9198	7840	82644	3121	1352
20-24	93292	6435	3744	52435	29246	23189	18836	9831	512	1499
25-29	86029	17711	4655	29522	21824	7698	21975	9987	435	1744
30-34	78977	12370	3915	26463	20493	5970	23579	10589	429	1632
35-39	81734	11061	4158	28267	22732	5535	25429	10899	426	1494
40-44	92048	11544	6027	31633	25505	6128	27659	13238	477	1470
45-49	87901	9749	4799	29737	23539	6198	22337	19377	575	1327
50-54	74405	8104	2984	22516	16911	5605	16337	22594	760	1110
55-59	51031	4887	1799	11954	8544	3410	7847	22616	1236	692
60-64	51911	4298	1241	10328	7029	3299	5425	27159	2805	655
65-69	51804	3356	824	9450	6267	3183	3873	25708	8119	474
70-74	51003	1986	445	5918	3884	2034	1842	25741	14709	362
75-79	35599	902	292	3463	1797	1666	721	19507	10419	295
80-84	16587	213	89	1213	669	544	331	8479	6114	148
85-89	8540	100	30	487	272	215	139	3770	3920	94
90-94	4044	44	16	173	78	95	45	1513	2190	63
95 lat i więcej	942	8	4	35	19	16	6	278	594	17
Wiek:										
Przedprodukcyjny	104431	-	-	-	-	-	841	90462	12272	856
Produkcyjny	713176	83984	32348	250853	177039	73814	174359	153633	6256	11743
mobilny	476320	59121	22499	182455	124737	57718	124477	76865	2542	8361
niemobilny	236856	24863	9849	68398	52302	16096	49882	76768	3714	3382
Poprodukcyjny	196911	8784	2674	26876	16707	10169	9021	99974	47727	1855
Nieustalony	71	4	1	10	8	2	5	10	2	39

Źródło: [59]

Szybki wzrost liczby osób wykształconych zwiększa prawdopodobieństwo, iż przyszłe pokolenia **osób starszych będą zajmować pozycje uprzywilejowane za sprawą nagromadzenia w trakcie życia różnych form kapitału** [9, s.443-449]. **Kategoria społeczna ludzi starych będzie silniej zróżnicowana wewnętrznie.** Będzie też w znacznej mierze składać się z osób lepiej wykwalifikowanych przed podjęciem pracy zawodowej, a w czasie jej wykonywania stojących wyżej w hierarchiach bogactwa, władzy i prestiżu, na których to

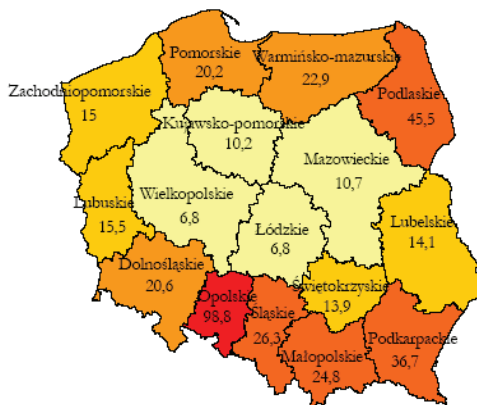
pozycjach osoby te będą chciały pozostać w okresie starości – występując tym samym przeciwko negatywnym jej stereotypom. Można zakładać, iż częściej będą to osoby cechujące się **postawami indywidualistycznymi**, czyli dążące do odróżniania się od pozostałych ludzi np. swoimi zainteresowaniami i stylem życia oraz wewnątrzsterowne – niezależne od innych w podejmowaniu decyzji i braniu za nie odpowiedzialności. Znaczna część osób w wieku podeszłym będzie zdolna do rozwijania **własnych pasji i realizacji niespełnionych aspiracji**, będą to osoby bardziej tolerancyjne i ufne wobec innych, świadome rozmaitych możliwości i zagrożeń oraz skłonne do dalszej aktywności ekonomicznej i uczestnictwa społecznego – nie tylko w życiu rodzinnym, ale i na poziomie publicznym. Co za tym idzie, można spodziewać się **wzrostu zainteresowania aktywnymi formami spędzania czasu wolnego, uczestnictwem w życiu kulturalnym, turystyką, rehabilitacją, czy też po prostu wyjazdami w celach leczniczych**.

4.1.2.5 Emigracja ludności

Migracje ludności najczęściej polegają na przepływie czynnika ludzkiego z obszarów o niższym poziomie rozwoju społeczno-ekonomicznego i jakości życia na tereny o dogodniejszych warunkach rozwojowych. Choć brakuje aktualnej statystyki określającej rozmiary, charakter i kierunki migracji, w tym szczególnie zagranicznych wyjazdów krótko- i średniookresowych, to pozyskiwane dane dowodzą, iż natężenie tego zjawiska rośnie.

Jak wskazuje Narodowy Spis Powszechny, województwo podlaskie charakteryzuje wysoki poziom koncentracji procesów emigracyjnych. W 2002 roku liczba emigrantów przypadających na 1000 mieszkańców wyniosła 45,5, co plasowało województwo podlaskie na drugim miejscu w kraju za województwem opolskim (98,8) (rysunek 1).

Rysunek 1.



Liczba emigrantów na 1000 mieszkańców w 2002 roku.

Źródło: [64, s.52].

W latach 1999-2005 liczba wymeldowań ogółem znacząco przewyższała liczbę zameldowań. Na ostateczny rezultat jednak w coraz mniejszym stopniu wpływało ujemne saldo migracji zagranicznych. W 2005 roku wielkość „odpływu za granicę” wzrosła o 72 osoby na 1000 mieszkańców. Wzrost ten został zrekompensowany „napływem” 116 osób, w efekcie czego ujemne saldo migracji zagranicznych, wynoszące w 2004 roku „-147” osiągnęło w 2005 roku wartość „-103” (Tabela 15. Przepływy ludnościowe w latach 1999-2005).

Tabela 15.
Przepływy ludnościowe w latach 1999-2005

Rok	Napływ		Odływ		Saldo migracji	
	ogółem	z zagranicy	ogółem	za granicę	ogółem	w tym zagranicznych
Województwo podlaskie						
1999	15748	212	16722	304	-974	-92
2000	13842	155	15434	492	-1592	-337
2001	12726	138	14190	502	-1464	-364
2002	13553	262	15356	584	-1803	-322
2003	13541	246	15425	551	-1894	-305
2004	13180	346	14835	493	-1655	-147
2005	12162	462	14000	565	-1941	-103
Polska						
1999	439959	7525	453970	21536	-	-14011
2005	432143	9364	445021	22242	-	-12878

Źródło: [109, s.197-198].

Znaczący poziom emigracji wskazuje na istotny odpływ ludności, szczególnie tej w wieku produkcyjnym. To zaś w kontekście starzenia się społeczeństwa w przyszłości będzie negatywnie wpływać na jego strukturę oraz sytuację osób starszych. Z jednej strony pozostawienie tych osób samych sobie, bez opieki, może zmuszać je do utrzymania dobrego stanu zdrowia, a co za tym idzie, do zwiększenia poziomu korzystania z usług sektora rehabilitacji geriatrycznej. Z drugiej zaś znaczna **migracja może zmniejszać możliwość polegania starszych osób na pomocy ze strony swoich rodzin**. W obu przypadkach potencjalnie przyjąć należy, że są **szanse na rozwój sektora rehabilitacji geriatrycznej wymuszone** ujemnym saldem migracji mieszkańców województwa podlaskiego, ale nie tylko. Podobne tendencje miały czy też mają miejsce także za granicą. Poza tym należy przypuszczać, iż rozwój sektora będzie czynnikiem przyciągającym z powrotem do województwa osoby, które wyjechały za granicę jedynie „za pracę” i chciałyby spędzić okres starości w ojczyźnie [42, s.321, 331-333] – najbardziej emocjonalnie nacechowanej przestrzeni życia określonej przez przywiązanie do środowiska naturalnego i społeczności lokalnej. Prawdopodobieństwo dalszego wzrostu emigracji ludności wydaje się być duże. Coraz to nowe kraje Unii Europejskiej chętnie otwierają swoje rynki pracy na pracowników z zagranicy. To w połączeniu z małym przyrostem naturalnym prowadzić może do coraz większego zapotrzebowania na usługi związane z poprawą stanu i warunków życia osób starszych.

4.1.2.6 Polityka społeczna

Okres starości nie jest sam w sobie czynnikiem marginalizacji i wykluczenia społecznego. Niemniej przyznawanie zbiorowości ludzi starych statusu osób zależnych, osób o ograniczonej sprawności ruchowej i intelektualnej czy o zmniejszonych możliwościach podejmowania aktywności ekonomicznej i społecznej prowadzi do ich dyskryminacji i może faktycznie czynić ich bardziej podatnymi na marginalizację lub wykluczenie społeczne, ale dotyczy to tylko części tej zbiorowości. Za E. Wnukiem-Lipińskim poprzez marginalizację społeczną rozumie się usytuowanie ludzi na peryferiach istotnych nurtów życia społecznego w taki sposób, iż dyskryminowani niekiedy uczestniczą w życiu społecznym, a niekiedy nie – zasadniczo jednak ich dorywcze uczestnictwo bez pomocy z zewnątrz nie przekształca się w uczestnictwo trwałe

[127, s.271-272 i 346]. Wykluczenie społeczne jest zaś pojęciem węższym – odnoszącym się do stanu, w którym ludzie w ogóle nie uczestniczą w głównym nurcie życia publicznego oraz są pozbawieni kontroli nad czynnikami wyznaczającymi ich pozycję w społeczeństwie i nad swoimi warunkami bytu [127, s.271-272, 348].

Marginalizację i wykluczenie społeczne można analizować w różnych wymiarach. Według E. Wnuka-Lipińskiego odnosi się do czterech przestrzeni życia społecznego: ekonomicznej, cywilnej, aksjologicznej i politycznej [127, s.275-278].

W przypadku ekonomicznej przestrzeni życia społecznego marginalizacja może oznaczać życie poniżej linii ubóstwa, wykluczenie zaś stały brak materialnych środków utrzymania na poziomie uznanym w danym społeczeństwie za minimum biologiczne (zagrożającym zdrowiu i życiu), a możliwość przeżycia opiera się na doraźnym pozyskiwaniu środków zaopatrzenia ze źródeł legalnych i nielegalnych.

Marginalizacja w przestrzeni cywilnej to długotrwały brak aktywności obywatelskiej i brak członkostwa w instytucjach społeczeństwa obywatelskiego, zaś wykluczenie to brak więzi i kontaktu z takimi instytucjami – w tym z organizacjami o charakterze pomocowym.

Marginalizacja w przestrzeni aksjologicznej to brak zainteresowania dyskursem wokół wartości i norm społecznych, natomiast wykluczenie to brak uznania norm moralnych, a w konsekwencji trudność w rozróżnianiu dobra i zła w otoczeniu i we własnych działaniach.

W odniesieniu do przestrzeni politycznej marginalizacja to nieuczestniczenie w polityce ze względu na niewystarczające kompetencje poznawcze, zaś wykluczenie to brak posiadania formalnego statusu obywatela państwa.

Należy zwrócić uwagę na specyficzne czynniki marginalizacji i wykluczenia społecznego ludzi starych. Ta specyfika wiąże się przede wszystkim z cechami starości jako ostatniej fazy życia człowieka. Można przyjąć, że potencjalne zmarginalizowanie całości lub części zbiorowości osób starszych może mieć trzy różne źródła [105]:

1. Biografia – zmarginalizowani są ci, którzy we wcześniejszych fazach życia także byli marginalizowani (np. długotrwale bezrobotni, bezdomni, byli więźniowie).
2. Dyskryminacja ze względu na wiek – ludzie starzy zostali odsunięci lub sami odsunęli się od życia społecznego na skutek wymierzonych w nich praktyk (np. przemocy słownej, odmowy zatrudnienia, udzielenia kredytu, realizacji badań profilaktycznych).
3. Niedostatek kapitału ludzkiego i efekt przynależności do określonej generacji – ludzie starzy zostali odsunięci lub sami się odsunęli od życia społecznego z uwagi na kłopoty ze zdrowiem, niższe wykształcenie, niższe w porównaniu do osób młodych kompetencje, utratę bliskich itd.

B. Szatur-Jaworska wskazuje, że do sfer życia, w których ludzie starzy są najbardziej narażeni na marginalizację i wykluczenie w porównaniu z innymi członkami społeczeństwa, należą:

- udział w rynku pracy,
- uczestnictwo w pozarodzinnych kontaktach społecznych,
- uczestnictwo w życiu politycznym,
- obecność w kulturze masowej i w społecznej komunikacji.

Zdaniem badaczki w obszarze rynku pracy i kontaktów społecznych szczególnym czynnikiem marginalizacji jest automarginalizacja osób starszych – samodzielna decyzja o rezygnacji z aktywności. Udział w konsumpcji dóbr i usług to obszar „średniego ryzyka” marginalizacji, zaś minimalne ryzyko odnosi się do życia rodzinnego i korzystania z instytucji pomocy społecznej. Najbardziej narażone na marginalizację i wykluczenie są osoby jednocześnie schorowane i niepełnosprawne, słabo wykształcone, samotne i osamotnione oraz utrzymujące się z renty lub zasiłków. Ważne jest też podkreślenie, iż w sensie symbolicznym marginalizacja dotyczy wszystkich ludzi starych – komunikacja społeczna jest bowiem przepełniona

negatywnymi stereotypami starości. Obecność tych wszystkich problemów uzasadnia według B. Szatur-Jaworskiej prowadzenie polityki społecznej wobec ludzi starszych w takich sferach, jak dochody, możliwości zatrudnienia, dbanie o zdrowie, zapewnienie mieszkania, pomoc społeczna, organizacja czasu wolnego oraz udział w życiu społecznym.

Najważniejszym aktem prawnym regulującym wszystkie aspekty życia członków społeczeństwa jest Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej [47]. Jest to akt prawny najwyższej wagi, któremu powinny być podporządkowane ustawy i rozporządzenia dotyczące różnych sfer życia społecznego. Poza nią w odniesieniu do zapobiegania i ograniczania zjawiska marginalizacji i wykluczenia społecznego ludzi starszych należy uwzględniać inne akty prawne, w tym następujące [26]:

- Ustawa o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 r. (Dz.U. 04.64.593) – określa zadania w zakresie pomocy społecznej, rodzaje świadczeń oraz zasady i tryb ich udzielania, a także organizację pomocy społecznej.
- Rozporządzenie o specjalistycznych usługach opiekuńczych z dnia 22 września 2005 r. (Dz.U. 05.189.1598) – określa rodzaje specjalistycznych usług opiekuńczych, kwalifikacje osób świadczących te usługi oraz warunki i tryb ustalania oraz pobierania opłat.
- Rozporządzenie o zweryfikowanych kryteriach dochodowych oraz kwotach świadczeń pieniężnych z pomocy społecznej z dnia 24 lipca 2006 r. (Dz.U. 06.135.950) – ustala zweryfikowane kryteria dochodowe oraz kwoty świadczeń pieniężnych z pomocy społecznej.
- Rozporządzenie o domach pomocy społecznej z dnia 19 października 2005 r. (Dz.U. 05.217.1837) – określa m.in. sposób funkcjonowania różnych typów domów pomocy społecznej, standard podstawowych usług świadczonych przez te domy, tryb kierowania i przyjmowania osób ubiegających się o przyjęcie do domu.
- Rozporządzenie o rodzinnych domach pomocy społecznej z dnia 28 lipca 2005 r. (Dz.U. 05.153.1276) – określa standardy, rodzaj i zakres usług bytowych i opiekuńczych oraz warunki kierowania, odpłatności i nadzoru nad rodzinnymi domami pomocy.
- Ustawa o kombatantach oraz niektórych osobach będących ofiarami represji wojennych i okresu powojennego z dnia 24 stycznia 1991 r. (Dz.U. 02.42.371) – określa zakres uprawnień przysługujących osobom uznanym za kombatantów i ofiary represji wojennych i okresu powojennego.
- Rozporządzenie o kryteriach, formach i trybie przyznawania i udzielania pomocy pieniężnej z Państwowego Funduszu Kombatantów z dnia 17 kwietnia 1998 r. (Dz.U. 98.53.334) – określa kryteria, formę i tryb przyznawania i udzielania pomocy pieniężnej z Państwowego Funduszu Kombatantów.
- Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004 r. (Dz.U. 04.210.2135) – określa warunki udzielania, zakres, zasady i tryb finansowania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
- Rozporządzenie o limitach cen leków i wyrobów medycznych wydawanych świadczeniobiorcom bezpłatnie, za opłatą ryczałtową lub częściową odpłatnością z dnia 2 listopada 2007 r. (Dz.U. 07.222.1653) zm. Dz.U. 07.245.1812 (§1) – rozporządzenie wraz ze zmianami określa limit cen leków i wyrobów medycznych.
- Rozporządzenie w sprawie szczegółowego wykazu wyrobów medycznych będących przedmiotami ortopedycznymi i środków pomocniczych, wysokości udziału własnego świadczeniobiorcy w cenie ich nabycia, kryteriach ich przyznawania, okresach użytkowania, a także wyrobach medycznych będących przedmiotami ortopedycznymi podlegającymi naprawie w zależności od wskazań medycznych oraz wzór zlecenia na zaopatrzenie w te wyroby i środki z dnia 17 grudnia 2004 r. (Dz.U. 04.276.2739) zm. Dz.U. 05.41.396 (§1) zmieniające rozporządzenie w sprawie szczegółowego wykazu wyrobów medycznych będących przedmiotami ortopedycznymi i środków pomocniczych.

- Rozporządzenie w sprawie leczenia uzdrowiskowego z dnia 15 grudnia 2004 r. (Dz.U. 04.274.2724) – określa sposób wystawiania skierowania na leczenie uzdrowiskowe przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, tryb potwierdzania skierowania, wysokość częściowej odpłatności świadczeniobiorcy za koszty zakwaterowania i wyżywienia w sanatorium uzdrowiskowym i poziomy warunków zakwaterowania w sanatorium uzdrowiskowym oraz okresy pobytu.
- Rozporządzenie o zasadach kierowania i kwalifikowania pacjentów do zakładów lecznictwa uzdrowiskowego z dnia 13 lutego 2007 r. (Dz.U. 07.44.285) – określa zasady kierowania i kwalifikowania pacjentów do zakładów lecznictwa uzdrowiskowego.
- Rozporządzenie w sprawie wykazu gwarantowanych świadczeń lekarza dentysty i materiałów stomatologicznych oraz rodzaj dokumentu potwierdzającego uprawnienia do tych świadczeń z dnia 24 listopada 2004 r. (Dz.U. 04.261.2601) – określa wykaz świadczeń zdrowotnych i materiałów stomatologicznych lekarza dentysty zakwalifikowanych jako świadczenia gwarantowane.
- Rozporządzenie w sprawie wykazu grup jednostek chorobowych, stopni niesprawności oraz wysokości udziału własnego świadczeniobiorcy w kosztach przejazdu środkami transportu sanitarnego z dnia 17 grudnia 2004 r. (Dz.U. 04.275.2731) – określa grupy jednostek chorobowych, stopnie niesprawności oraz wysokość udziału własnego świadczeniobiorcy w kosztach przejazdu środkami transportu sanitarnego w odniesieniu do świadczeniobiorców, którym lekarz ubezpieczenia zdrowotnego bądź felczer ubezpieczenia zdrowotnego zlecił przejazd środkami transportu sanitarnego.
- Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego z dnia 20 października 1994 r. (Dz.U. 07.121.831) – chroni interesy osób z zaburzeniami psychicznymi, reguluje zasady leczenia specjalistycznego w zakresie zdrowia psychicznego.
- Ustawa o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie z dnia 24 kwietnia 2003 r. (Dz.U. 03.96.874) – reguluje zasady prowadzenia działalności pożytku publicznego przez organizacje pozarządowe, tryb, reguły i formy zlecania realizacji zadań publicznych przez administrację publiczną organizacjom pozarządowym, a także warunki wykonywania świadczeń przez wolontariuszy.

Działania mające na celu wypracowanie polityki społecznej wobec seniorów są realizowane chociażby w Warszawie, gdzie opracowano „Cele strategiczne i cele operacyjne miejskiej polityki społecznej wobec seniorów” potrzebne do Strategii Integracji Społecznej, która z kolei stanowi część Społecznej Strategii Warszawy [10]. Zarząd województwa warmińsko-mazurskiego opracował „Wojewódzki program na rzecz osób starszych na lata 2009-2013” [128]. Dla Elbląga powstał „Elbląski program dla osób starszych na lata 2008-2013” [26]. Ponadto w ramach „Miejskiej Strategii Polityki Społecznej dla miasta Poznań” opracowana została również „Polityka społeczna miasta Poznania wobec seniorów” [63].

W województwie podlaskim brak dokumentów strategicznych, które odnosiłyby się do sektora opieki nad osobami starszymi i ich sytuacji w województwie. Jedynie „Plan promocji województwa podlaskiego w 2006 roku” zawierał w zestawieniu przedsięwzięć promocyjnych planowanych w 2006 roku IV Podlaskie Dni Rodziny, pod hasłem „Ludzie starsi. Współczesne problemy osób starszych, aktywizacja społeczna ludzi starszych”. Wśród organizatorów wymienić można: Podlaski Urząd Wojewódzki, powiatowe centra pomocy rodzinie, ośrodki pomocy społecznej, Podlaskie Kuratorium Oświaty, Wojewódzką Stację Sanitarno-Epidemiologiczną, urzędy miast i gmin, starostwa i organizacje pozarządowe.

W treści „Strategii rozwoju województwa podlaskiego do 2020 roku” w Priorytecie II. Infrastruktura społeczna pojawia się krótki zapis o zabezpieczeniu miejsc „w placówkach całodobowej opieki oraz placówkach dziennego pobytu dla dzieci i młodzieży, osób bezdomnych, starszych, niepełnosprawnych, uzależnionych i niedostosowanych społecznie, które nie mogą otrzymać pomocy w warunkach domowych czy też w naturalnym środowisku społecznym” [100, s.45]. Natomiast po stronie „zagrożeń” w analizie SWOT

województwa podlaskiego występuje sformułowanie „niekorzystne dla regionu tendencje demograficzne i społeczne (np.: starzenie się społeczeństwa, migracje młodych ludzi poza region, emigracja dobrze wykształconych ludzi)” [100, s.27].

Innym dokumentem, w którym pojawiają się jakiekolwiek informacje o ludziach starszych, jest „Program rozwoju kultury województwa podlaskiego do roku 2020” [79]. Tu również wśród zagrożeń w analizie SWOT pojawiły się takie zagadnienia, jak: niż demograficzny, wyludnianie się tzw. ściany wschodniej, starzenie się społeczeństwa.

Niestety, analiza treści dokumentów strategicznych w województwie podlaskim prowadzi do wniosku o **nieuwzględnianiu sektora opieki nad osobami starszymi, co stanowi zagrożenie z punktu widzenia jego rozwoju**, braku zauważania problematyki starzenia się społeczeństwa oraz przygotowania do łagodzenia i zapobiegania tego rodzaju zmianom demograficznym.

4.2 Analiza czynników podażowych

4.2.1 Czynniki ekonomiczne

4.2.1.1 Zmiany PKB

Według najnowszego raportu CASE, polska gospodarka znalazła się w recesji w I kwartale 2009 roku. PKB spadł wówczas w ujęciu kwartalnym o 1,3%. Według prognozy CASE [51], PKB zacznie powoli rosnąć dopiero w III kwartale, od IV kwartału jego dynamika będzie podnosiła się stopniowo, aby pod koniec 2010 roku zbliżyć się do dynamiki potencjalnej. Konsumpcja, mimo jej osłabienia, pozostanie filarem wzrostu gospodarczego dzięki obniżce PIT i znacznej rekompensacie dla emerytów oraz podwyżkom płac, choć malejącym. W 2010 roku eksport i inwestycje publiczne w infrastrukturę będą prowadziły do przyspieszenia tempa wzrostu. W II połowie 2010 roku może zacząć się ożywienie w inwestycjach prywatnych.

Na sytuację gospodarczą w Polsce w I półroczu 2009 roku wpływ wywierał światowy kryzys finansowy, w tym zwłaszcza recesja w krajach Unii Europejskiej. W UE przez pięć kolejnych kwartałów występował spadek PKB, przy czym niekorzystne tendencje pogłębiały się do I kwartału 2009 roku włącznie – nastąpił spadek od 0,2% w II kwartale 2008 roku do 2,4% w I kwartale 2009 roku w porównaniu do kwartału poprzedniego. Odnotowany w II kwartale 2009 roku spadek PKB był znacznie mniejszy (0,2%), co było głównie zasługą Niemiec i Francji – w obu tych krajach odnotowano wzrost gospodarczy rzędu 0,3% w porównaniu do kwartału poprzedniego [103, s.5].

Na tle krajów Unii Europejskiej Polska w latach 2008-2009 uzyskiwała wzrost poziomu PKB we wszystkich kwartałach, za wyjątkiem IV kwartału 2008 roku, w którym nastąpił nieznaczny spadek (o 0,1%) w porównaniu do kwartału poprzedniego, chociaż od II kwartału 2008 roku widoczne było znaczne spowolnienie wzrostu gospodarczego.

Tabela 16.

Zmiany PKB w Unii Europejskiej i w Polsce w porównaniu do kwartału poprzedniego

Kraj	Rok 2008				Rok 2009	
	I kwartał	II kwartał	III kwartał	IV kwartał	I kwartał	II kwartał
UE 27	0,7	-0,2	-0,4	-1,9	-2,4	-0,2
Polska	1,1	0,9	0,6	-0,1	0,3	0,5

Źródło: [103]

Od strony podażowej na osłabienie dynamiki wartości dodanej brutto wpływał przemysł, który odnotował cztery kolejne kwartały spadku produkcji w porównaniu do kwartału poprzedniego, natomiast stabilnym wzrostem cechowały się usługi rynkowe, systematyczny wzrost był także udziałem budownictwa.

Popyt krajowy obniżał się systematycznie przez trzy ostatnie kwartały (spadek o 0,7% w I i II kwartale 2009 roku w porównaniu do kwartału poprzedniego). Spożycie indywidualne rosło, chociaż jego tempo wzrostu zmniejszało się z 1,2% w IV kwartale 2008 roku do 0,5% w II kwartale 2009 roku. Drugi kwartał ubiegłego roku zapoczątkował okres trwającego rok obniżania się poziomu akumulacji (dopiero ostatni kwartał przyniósł jej niewielki wzrost). Tempo wzrostu nakładów inwestycyjnych w I półroczu 2009 było ujemne (spadek o 0,9% w I kwartale i o 0,4% w II kwartale w porównaniu do kwartału poprzedniego). W skali rocznej PKB w UE-27 zmniejszył się o 4,8% zarówno w I, jak i w II kwartale 2009 roku. Wpłynął na to spadek spożycia ogółem oraz znaczące zmniejszenie nakładów brutto na środki trwałe. Według tej samej metodologii, Polska odnotowała wzrost PKB o 1,7% w I kwartale i o 1,4% w II kwartale 2009 roku. Porównanie wyników kwartalnych w ujęciu rocznym wskazuje zatem na dobre wyniki gospodarcze Polski na tle UE, ale także na spowolnienie wzrostu widoczne w kraju od II półrocza 2008 roku. Zdaniem CASE roczny wzrost gospodarczy przyspieszy do 2% w IV kwartale 2009. W całym 2009 roku PKB zwiększy się o 1%, a w 2010 o 3%.

W odniesieniu do sektora rehabilitacji geriatrycznej można stwierdzić, że czynniki te **w krótki i średnim okresie mogą w znacznym stopniu oddziaływać w sposób negatywny. W długim okresie niewątpliwie będziemy mieli do czynienia ze zbliżaniem się PKB *per capita* w Polsce do średniej unijnej, a zatem z trendem rosnącym stwarzającym korzystne warunki rozwoju sektora.**

4.2.1.2 Tempo wzrostu rynku

Sprawny człowiek w podeszłym wieku jest znaczącym klientem, który jak każdy inny klient generuje obroty w gospodarce. Najnowsze trendy opieki nad seniorami skupiają się na tym, aby jak najdłużej utrzymać ich w pełnej sprawności ruchowej we własnym otoczeniu. Medycyna i rynek stworzą im wkrótce możliwość wszechstronnej pomocy, dopasowując usługi do potrzeb.

Polski rynek towarów i usług dla osób starszych można określić mianem wschodzącego. Według szacunków magazynu BusinessWeek, jego roczne obroty przekraczają 2 mld zł [62]. Jednak obecnie tylko w niektórych obszarach możemy mówić o ofercie specjalnie nakierowanej na osoby starsze. Gdyby analizować ten rynek, to można tu uwzględnić geriatryczne preparaty farmaceutyczne kupowane bez recepty, sprzęt rehabilitacyjny i artykuły medyczne typu pieluchomajtki. W skład tego rynku wchodzi również uzdrowiska i turystyka oraz ogólnie medycyna dla osób starszych. Z pewnością są to również pensjonaty opiekuńcze, usługi pielęgnacyjne i bytowe. Dotychczasowa skala ofert dla osób starszych jest umiarkowana, zaś niektórych, jak np. ubezpieczeń, usług turystycznych czy produktów zaprojektowanych dla osób starszych, zdecydowanie za mało w stosunku do występujących potrzeb.

Gdy przyjąć, że w kategorii społecznej ludzi w podeszłym wieku około 1,5 mln osób ma ograniczoną

mobilność, a ponad 120 tys. to ludzie leżący, to można uznać, że jest to rynek, który stwarza olbrzymie możliwości świadczenia nowych usług, w tym z zakresu opieki pielęgniarstwa i rehabilitacji. Ponadto należy zwrócić uwagę, że około 1,5 miliona ludzi starszych mieszka w gospodarstwach jednoosobowych.

Innym kierunkiem rozwoju rynku są uzdrowiska. Sytuacja tego segmentu jest dobra ze względu na system refundacji. W 2004 roku NFZ kupił w nich 290 tys. miejsc i wydał na ten cel prawie 334 mln zł. Emeryci mają prawo do takich wyjazdów raz na dwa lata. Co ważne, trzeba wskazać, że wartość usług jest wyższa niż refundacja, bo kuracjusz musi wnieść tzw. opłaty hotelowe. Ponadto część osób sama opłaca swój pobyt w sanatoriach. Ocenia się, że na przykład w Zakładzie Leczniczym Uzdrawiska Nałęczów kuracjusze, którzy sami płacą za pobyt, stanowią 20-25% wszystkich gości. BusinessWeek szacuje, że ta część rynku seniorów warta jest co najmniej 200-300 mln zł [62].

Brak szczegółowych informacji na temat zmian w tempie wzrostu sektora, co wynika przede wszystkim z dopiero wylaniającej się oferty usług i produktów dla osób starszych. Ponadto sektor rehabilitacji geriatrycznej nie jest wydzielony jako odrębny w statystyce czy nawet w usługach kontraktowanych przez NFZ. Niemniej na podstawie powyższej analizy można uznać, że **jest to dopiero początek rozwoju tego kierunku. Perspektywy zmiany w tym zakresie są zdecydowanie pozytywne**, szczególnie że uwzględnić należy dalsze postępowanie zmian demograficznych związanych ze starzeniem się społeczeństwa oraz ciągłym wzrostem wskaźnika przeciętnego dalszego trwania życia. Spodziewać się więc należy dalej postępującego wzrostu tego rynku, i to przy dość szybkim tempie w najbliższych latach.

4.2.1.3 Finansowanie opieki zdrowotnej

Po raz pierwszy od utworzenia funduszy strukturalnych opieka zdrowotna została zaklasyfikowana do dziesiątki najważniejszych priorytetów w polityce Unii Europejskiej. Obejmuje ona inwestycje w opiekę zdrowotną, które mają na celu podniesienie konkurencyjności i produktywności oraz budowanie zdolności administracyjnych. Powodem takiego stanu rzeczy są starania w ramach UE związane ze zmniejszeniem obciążenia zdrowotnego, co pozwoliłoby na ograniczenie strat ekonomicznych wynikających ze starzenia się populacji, spadku kapitału ludzkiego i wzrostu konkurencji na rynku światowym. Zły stan zdrowia to: niezdolność do wykonywania pracy, wypadki przy pracy, zwolnienia lekarskie, obciążenia społeczne, gospodarcze i polityczne.

Inwestycje w sektorze zdrowia mogą pomóc rozwiązać problemy, z którymi boryka się Europa. W UE występują znaczne nierówności w dziedzinie zdrowia, różnicowany jest także poziom udzielanej opieki zdrowotnej. Pomimo ogólnego procesu starzenia się ludności UE, występują różnice między krajami UE w zakresie średniej długości życia – do 9 lat w przypadku kobiet i do 13 lat w przypadku mężczyzn, a różnice między wielkościami wskaźników umieralności niemowląt są nawet sześciokrotne. Duże zróżnicowanie występuje także w dziedzinie nakładów na zdrowie w nowych państwach członkowskich – np. Estonia przeznaczająca na zdrowie tylko 5,5% PKB, podczas gdy Niemcy 11%. Fundusze strukturalne, których głównym zadaniem jest zmniejszanie dysproporcji gospodarczych i społecznych między regionami, przyczyniają się do zagwarantowania zdrowia wszystkim obywatelom Europy. Rozwiązanie problemu różnic zdrowotnych, w szczególności w słabiej rozwiniętych regionach, pomoże ograniczyć takie regionalne dysproporcje [28].

Utrzymywanie dobrego stanu zdrowia pracowników, jak określono w strategicznych wytycznych Wspólnoty, jest zasadniczym elementem polityki spójności wspierającej agendę na rzecz wzrostu gospodarczego i zatrudnienia. Zdrowi pracownicy to wydajni pracownicy, którzy przyczyniają się do poprawy wyników regionalnej gospodarki.

Europejskie gospodarki, borykające się z problemem zwalnianego lub nawet spadającego przyrostu

ludności, nie mogą pozwolić sobie na utratę potencjalnych zasobów siły roboczej z powodu możliwych do uniknięcia chorób i niepełnosprawności. Starzenie się populacji będzie także w coraz większym stopniu obciążać budżet przeznaczony na emerytury, renty i opiekę zdrowotną. W związku z tym należy dążyć do tego, by jak najwięcej osób pracowało możliwie jak najdłużej. Podnoszenie wskaźnika lat zdrowego życia prowadzi do podwyższenia średniego wieku zakończenia aktywności zawodowej. Starzenie się w dobrym zdrowiu mogłoby ograniczyć niekorzystne skutki starzenia się ludności i przyczynić się w ten sposób do dobrobytu gospodarczego.

UE stoi przed nowymi wyzwaniami w dziedzinie zdrowia, związanymi z czynnikami stylu życia, takimi jak otyłość, palenie tytoniu i nadużywanie alkoholu, oraz z potencjalnymi epidemiami. Zjawiska te mogą doprowadzić do stagnacji lub nawet regresji w dziedzinie zdrowia ludności Europy. Zdrowie uznano za jeden z obszarów finansowania w ramach unijnej polityki spójności, w szczególności ze względu na pogłębienie się dysproporcji wraz z rozszerzeniem UE. W latach 2000-2006 programy w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego (EFRR) i Europejskiego Funduszu Społecznego (EFS) obejmowały inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia, sprzęt medyczny i szkolenie pracowników służby zdrowia. Część środków przeznaczono także na innowacje w sektorze opieki zdrowotnej i na projekty współpracy transgranicznej [28].

W latach 2007-2013 nowe przepisy dotyczące polityki spójności odzwierciedlają rosnącą świadomość znaczenia stanu zdrowia ludności dla pomyślnego rozwoju gospodarki. Wyraźniejsze podkreślenie roli zdrowia w rozwoju regionu powinno ułatwić pozyskanie kompleksowego finansowania dla wielu różnorodnych działań. Podobnie jak w poprzednich okresach programowania, nadal będą wspierane inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia i w potencjał ludzki. Pierwszy rodzaj inwestycji obejmuje takie działania, jak: ogólna modernizacja systemu opieki zdrowotnej, budowa i remont placówek ochrony zdrowia oraz zakup sprzętu. Do finansowania kwalifikują się również inwestycje w potencjał ludzki – ich celem jest zagwarantowanie, że pracownicy służby zdrowia i sektora zdrowia publicznego będą mieć wykształcenie odpowiadające wymaganiom poziomu umiejętności i wiedzy.

W okresie 2007-2013 kładziony jest większy nacisk na środki promocji zdrowia i zapobiegania chorobom, w coraz większym zakresie wspierane w ramach funduszy strukturalnych. Do finansowania z funduszy strukturalnych kwalifikuje się także szeroki wachlarz działań mających na celu poprawę stanu zdrowia, np. w obszarze starzenia się w dobrym zdrowiu, dobrego stanu zdrowia pracowników, współpracy transgranicznej, innowacji i badań w dziedzinie zdrowia lub społeczeństwa opartego na wiedzy [28].

Na poziomie województwa działania związane z poprawą infrastruktury są realizowane z funduszy UE w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego (RPOWP) na lata 2007-2013. Zawarto je w Osi Priorytetowej VI.: Rozwój infrastruktury społecznej, Działanie 6.2. Rozwój infrastruktury z zakresu opieki zdrowotnej.

Tabela 17.
Struktura podziału środków w ramach RPOWP

Osie i działania	Nazwa Osi Priorytetowej	% udział środków przeznaczonych na realizację Osi	Kwota w euro	Dostępna kwota w euro
Oś Priorytetowa I.	Wzrost innowacyjności i wspieranie przedsiębiorczości w regionie	22	139 965 734	139 019 372
1.1	Tworzenie warunków dla rozwoju innowacyjności	30	41 989 720	41 301 251
1.2	Region atrakcyjny inwestycjom	15	20 994 860	20 990 296
1.3	Wsparcie instytucji otoczenia biznesu	10	13 996 574	13 996 574
1.4	Wsparcie inwestycyjne przedsiębiorstw	45	62 984 560	62 731 251
Oś Priorytetowa II.	Rozwój infrastruktury transportowej	32	203 586 523	168 362 108
2.1	Rozwój transportu drogowego	66	134 511 412	107 093 271
2.2	Rozwój transportu lotniczego	21	42 300 000	42 300 000
2.3	Rozwój transportu publicznego	8	16 758 654	16 758 654
2.4	Rozwój transportu kolejowego	5	10 016 457	2 210 183
Oś Priorytetowa III.	Rozwój turystyki	16	101 793 261	78 167 142
3.1	Rozwój atrakcyjności turystycznej regionu	80	81 434 609	59 506 014
3.2	Wsparcie inwestycyjne przedsiębiorstw z branży turystycznej	20	20 358 652	18 661 128
Oś Priorytetowa VI.	Rozwój infrastruktury społecznej	8	50 896 631	27 583 237
6.1	Rozwój infrastruktury z zakresu edukacji	39	20 000 000	15 162 746
6.2	Rozwój infrastruktury z zakresu opieki zdrowotnej	37	19 000 000	12 420 491
Razem		100	636 207 883	413 131 859

Źródło: [106].

Celem tego działania jest podniesienie standardu świadczonych usług medycznych i dostępności mieszkańców do wysokiej jakości usług zdrowotnych poprzez wzmocnienie infrastruktury i wyposażenie lokalnych ośrodków zdrowia świadczących usługi medyczne na podstawowym poziomie, jak również ośrodków diagnostycznych i terapeutycznych zapewniających specjalistyczną opiekę medyczną udzielaną zarówno w formie stacjonarnej, jak i ambulatoryjnej oraz zakładów opieki zdrowotnej. W dokumencie RPOWP wśród przykładowych rodzajów projektów finansowanych wymieniono projekty dotyczące zakładów opieki zdrowotnej, regionalnych ośrodków diagnostycznych i terapeutycznych:

- przebudowa, rozbudowa, modernizacja obiektów związanych z infrastrukturą ochrony zdrowia (dostosowanie do wymogów określonych w obowiązujących przepisach prawa),
- przebudowa i wyposażanie sal operacyjnych,
- dostosowanie obiektów do potrzeb pacjentów, osób niepełnosprawnych,
- modernizacja oraz zakup nowego sprzętu i aparatury medycznej,
- zakup sprzętu i aparatury do diagnostyki i terapii, w szczególności chorób układu krążenia, chorób nowotworowych, a także na oddziały kardiologii, ortopedii, zakaźne, rehabilitacyjne, psychiatryczno-neurologiczne.

Druga grupa to projekty dotyczące lokalnych ośrodków zdrowia i ośrodków wczesnej interwencji:

- przebudowa, rozbudowa, modernizacja obiektów związanych z infrastrukturą ochrony zdrowia (dostosowanie do wymogów określonych w obowiązujących przepisach prawa),
- przebudowa i wyposażanie sal zabiegowych,
- dostosowanie obiektów do potrzeb pacjentów, osób niepełnosprawnych,
- modernizacja, zakup nowego sprzętu i aparatury medycznej, m.in. sprzętu i aparatury do diagnostyki, terapii i rehabilitacji.

Finansowanie to jest uzupełnieniem wsparcia z NFZ. Co ważne, priorytetowo traktowane są zakłady opieki zdrowotnej posiadające kontrakty z NFZ o znaczeniu strategicznym, udzielające wysoko specjalistycznych i specjalistycznych świadczeń medycznych, w szczególności z zakresu kardiologii, onkologii, ortopedii, chorób zakaźnych oraz oddziały rehabilitacyjne i psychiatryczno-neurologiczne. W ogóle nie są zaś wspierane projekty dotyczące ratownictwa medycznego.

Ponadto wsparcie ochrony zdrowia występuje w Programie Operacyjnym Infrastruktura i Środowisko – Priorytet XII. Bezpieczeństwo zdrowotne i poprawa efektywności systemu ochrony zdrowia [76]. Mogą z niego być finansowane inwestycje w infrastrukturę obiektową i sprzęt medyczny:

- inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym,
- zakup środków transportu sanitarnego i ich wyposażenie,
- modernizacja baz lotniczego pogotowia ratunkowego,
- budowa i wyposażenie wojewódzkich centrów powiadamiania ratunkowego,
- przebudowa, modernizacja, wyposażenie obiektów związanych z infrastrukturą ochrony zdrowia w zakresie ratownictwa medycznego,
- zakup aparatów, urządzeń do diagnostyki, terapii.

Zagadnienie to pojawia się również w Programie Operacyjnym Innowacyjna Gospodarka [77]. Są to projekty związane z informatyzacją usług medycznych. Polegać mają na tzw. e-zdrowiu i są skierowane do zakładów opieki zdrowotnej nie działających w publicznym systemie ochrony zdrowia.

Inne wsparcie stanowi Program Operacyjny Kapitał Ludzki – Priorytet II. Rozwój zasobów ludzkich i potencjału adaptacyjnego przedsiębiorstw oraz poprawa stanu zdrowia osób pracujących [78]. Są to działania w obszarze zdrowia realizowane na poziomie centralnym, obejmujące:

- poprawę stanu zdrowia osób pracujących poprzez opracowanie programów profilaktycznych i programów wspierających powrót do pracy,
- podnoszenie kwalifikacji personelu medycznego, w szczególności pielęgniarek i położnych oraz lekarzy deficytowych specjalności,
- podnoszenie jakości usług w jednostkach służby zdrowia.

Podsumowując, należy stwierdzić, że **istnieją spore możliwości dofinansowania istniejących i powstających podmiotów sektora rehabilitacji geriatrycznej**, o ile przygotują one projekty zdolne do konkurowania z propozycjami innych. W szczególności mogą to być projekty dotyczące zakupu nowych urządzeń medycznych, modernizacji bazy lokalowej oraz wzrostu kwalifikacji personelu medycznego. Nie wiemy jednak, jakie środki na tego rodzaju działania będą przeznaczone w następnym okresie programowania od 2014 roku. Należy spodziewać się przynajmniej utrzymania się tego samego poziomu finansowania, co obecnie.

4.2.1.4 Infrastruktura transportowa

Sieci transportowe kształtują podstawę do działania i zintegrowania gospodarki oraz życia społeczeństwa. Infrastruktura transportowa wpływa istotnie na płaszczyznę życia gospodarczego, jego uwarunkowania i potrzeby. Jest również ważna w odniesieniu do życia społecznego i politycznego. Transportem określamy nie tylko przemieszczanie się, ale również wszystkie działania niezbędne do zaistnienia procesu transportowania, czyli: „czynności ładunkowe (załadunek, wyładunek, przeładunek) i czynności manipulacyjne” [111, s.16].

W obrębie gospodarki transport funkcjonuje w procesie obsługi sfer produkcji i wymiany. Znacząco ułatwia funkcjonowanie i integrację poszczególnych dziedzin gospodarki. Nie może hamować rozwoju danej społeczności, powinien raczej powodować jej wzrost gospodarczy.

Infrastruktura transportu „ułatwia i warunkuje szereg różnorodnych form działalności gospodarczej” [61]. Jej funkcja aktywizacyjna jest niejako pochodną sumarycznego działania funkcji lokalizacyjnej i przestrzennej. Przejawia się w tym, że w określonych warunkach, poprzez rozwój infrastruktury transportu można osiągnąć przyspieszenie rozwoju społeczno-gospodarczego danego obszaru [49]. Infrastruktura transportu realizuje pośrednio lub bezpośrednio cele polityki gospodarczej i społecznej oraz aktywizuje gospodarczo regiony oraz pełni funkcje transportowe, czyli ułatwia pokonywanie odległości i kształtowanie warunków dla przepływu ładunków, ludzi, energii i informacji.

W 2005 roku w Polsce długość publicznych dróg o twardej nawierzchni wynosiła 253 781,4 km. Najwięcej km dróg zlokalizowanych było w województwie mazowieckim – 11,7%. Najmniej km dróg przebiegało przez województwo lubuskie – 8056,4 (3,2%). Przez teren województwa podlaskiego przebiegało łącznie 11 013,1 km dróg, co stanowiło 4,3% wszystkich dróg publicznych o twardej nawierzchni (tabela 18).

Tabela 18.

Drogi publiczne o twardej nawierzchni w latach 2005-2008

Jednostka terytorialna	2005	2008
Polska	253 781,4	261 232,9
Łódzkie	16 489,9	17 219,4
Mazowieckie	29 566,6	31 011,8
Małopolskie	21 915,6	22 561,2
Śląskie	20 183,1	20 286,0
Lubelskie	18 158,3	18 811,7
Podkarpackie	14 030,3	14 494,3
Podlaskie	11 013,1	11 356,9
Świętokrzyskie	12 084,2	12 525,4
Lubuskie	8 056,4	8 134,2
Wielkopolskie	25 122,2	26 208,9
Zachodniopomorskie	12 739,9	13 175,3
Dolnośląskie	18 098,7	18 253,1
Opolskie	8 362,7	8 405,5
Kujawsko-pomorskie	14 109,5	14 608,8
Pomorskie	11 498,6	11 825,7
Warmińsko-mazurskie	12 352,3	12 354,7

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych [2].

W 2008 roku sytuacja była podobna, jeśli chodzi o procentowy udział dróg w poszczególnych województwach w porównaniu do kraju. W liczbach bezwzględnych widać zaś, że w ciągu trzech lat w kraju

przybyło kilometrów dróg o 7451,5. Najwięcej kilometrów wybudowano w tym czasie w województwie mazowieckim – 1445,2 km oraz wielkopolskim 1086,7 km. Najmniejszy przyrost był w województwie warmińsko-mazurskim i wyniósł 2,4 km. W Podlaskiem natomiast nastąpiło zwiększenie długości dróg publicznych o twardej nawierzchni w 2008 roku w porównaniu do 2005 roku o 343,8 km.

Najgęstsza sieć dróg posiada województwo śląskie – 164,5 km na 100 km², czyli dwukrotnie więcej od średniej krajowej (83,5 na 100 km²). Pod względem gęstości dróg województwo podlaskie znajduje się na przedostatnim miejscu w kraju (56,3 km na 100 km²), wyprzedzając jedynie województwo warmińsko-mazurskie (51 na 100 km²).

Tabela 19.

Gęstość dróg o nawierzchni twardej w latach 2005-2008

Jednostka terytorialna	2005	2008
Polska	81,2	83,5
Łódzkie	90,5	94,5
Mazowieckie	83,1	87,2
Małopolskie	144,3	149,0
Śląskie	163,7	164,5
Lubelskie	72,3	74,9
Podkarpackie	78,6	80,9
Podlaskie	54,6	56,3
Świętokrzyskie	103,2	107,1
Lubuskie	57,6	58,2
Wielkopolskie	84,2	87,9
Zachodniopomorskie	55,6	57,5
Dolnośląskie	90,7	91,5
Opolskie	88,8	89,3
Kujawsko-pomorskie	78,5	81,3
Pomorskie	62,9	64,6
Warmińsko-mazurskie	51,1	51,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych [2].

Najwięcej km dróg w kraju stanowią drogi powiatowe – ponad 114 tys. W dalszej kolejności są to drogi gminne, wojewódzkie i krajowe. W kraju udział dróg powiatowych wynosi 43,8%, gminnych 38,2%, wojewódzkich 10,9%, zaś krajowych 7,1%. W województwie podlaskim udział dróg powiatowych wynosi 57,6%, gminnych 22,9%, wojewódzkich 10,9%, a krajowych 8,6%. Drogi krajowe przebiegające przez województwo podlaskie stanowią 5,4% ogółu tych dróg w kraju, wojewódzkie 4,4%, powiatowe 5,7%, zaś gminne 2,6%. Dla porównania w województwie mazowieckim udziały te wynoszą odpowiednio 12,7%, 10,5%, 11,7% oraz 12,3%.

Tabela 20.

Długość dróg publicznych o nawierzchni twardej według województw w 2008 roku

Jednostka terytorialna	ogółem	krajowe	wojewódzkie	powiatowe	gminne
Polska	261 232,9	18 518,8	28 474,4	114 384,3	99 855,4
Łódzkie	17 219,4	1 349,8	1 178,6	7 442,6	7 248,4
Mazowieckie	31 011,8	2 356,4	2 985,1	13 380,6	12 289,7
Małopolskie	22 561,2	1 023,8	1 413,7	6 440,5	13 683,2
Śląskie	20 286,0	1 119,2	1 424,8	6 106,4	11 635,6
Lubelskie	18 811,7	1 068,2	2 212,0	9 186,6	6 344,9
Podkarpackie	14 494,3	771,5	1 667,6	6 434,3	5 620,9
Podlaskie	11 356,9	980,8	1 241,3	6 539,3	2 595,5
Świętokrzyskie	12 525,4	756,2	1 073,3	5 672,9	5 023,0
Lubuskie	8 134,2	816,5	1 587,9	3 482,5	2 247,3
Wielkopolskie	26 208,9	1 727,8	2 693,4	11 366,7	10 421,0
Zachodniopomorskie	13 175,3	1 137,4	2 115,5	7 184,9	2 737,5
Dolnośląskie	18 253,1	1 336,1	2 414,4	8 413,0	6 089,6
Opolskie	8 405,5	781,3	985,7	3 752,0	2 886,5
Kujawsko-pomorskie	14 608,8	1 067,2	1 752,8	6 607,8	5 181,0
Pomorskie	11 825,7	901,6	1 817,2	5 378,5	3 728,4
Warmińsko-mazurskie	12 354,7	1 325,0	1 911,1	6 995,7	2 122,9

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych [2].

W 2005 roku w kraju długość dróg ekspresowych wynosiła 257,7 km, a autostrad 551,7 km. Z tego najwięcej km dróg ekspresowych – 57,2 – przebiegało przez województwo śląskie, zaś autostrad przez województwo wielkopolskie – 149,7. Województwo podlaskie należy do regionów, w których nie ma dróg o standardach dróg ekspresowych i autostrad.

Odpowiednio działająca struktura transportowa może stać się czynnikiem istotnie wpływającym na rozwój poszczególnych gałęzi gospodarki określonego terenu. Niestety, drogi cechuje zły stan techniczny nawierzchni. Należy zwrócić uwagę, że sieć drogowa w województwie modernizowana była w latach 70-tych i 80-tych poprzedniego stulecia, a wiele jej odcinków pochodzi jeszcze z lat 60-tych.

Ze względu na znaczne nasilenie ruchu i niedostosowanie standardu nawierzchni dróg do obciążeń oraz na ograniczone środki finansowe przeznaczona na remonty następuje przyspieszony proces degradacji nawierzchni dróg – największy na drogach wojewódzkich o charakterze tranzytowym. Na tych drogach wystąpił stan krytyczny w zakresie równości podłużnej oraz stan krytyczny nośności. Blisko 35% dróg wojewódzkich nie spełnia wymogów technicznych odnośnie szerokości jezdni [75].

Przez województwo podlaskie przebiega I Paneuropejski Korytarz Transportowy E 75 objęty międzynarodowymi umowami AGC/AGTC. Sieć kolejową na terenie województwa tworzy 682 km eksploatowanych linii normalnotorowych, co stanowi około 3,4% łącznej długości w całym kraju. Przez województwo przebiega także 55 km linii szerokotorowych, które łączą się z białoruską siecią kolejową [100, s.18].

Jeśli chodzi o transport kolejowy, to w latach 2000-2008 zmniejszono o 10,5% liczbę linii eksploatowanych, z 22 560 km do 20 196 km. Z drugiej zaś strony, przy istotnej zmianie w strukturze przewozów, polegającej na znacznym spadku przewozów w transporcie kolejowym, wzroście przewozów transportem samochodowym, głównie ciężarowym, oraz na stabilizacji przewozów innymi rodzajami transportu, miały miejsce również zmiany w obciążeniu ruchem. Zmalało także obciążenie ruchem w sieci kolejowej,

a wraz ze zmniejszaniem się ruchu kolejowego rozpoczął się proces ograniczania długości sieci kolejowej.

Rozkład sieci kolejowej w Polsce jest nierównomierny. W 2005 roku najwięcej linii kolejowych przebiegało przez województwo śląskie – 2127 km, zaś najmniej przez województwo podlaskie – 682 km. Średnia gęstość linii na 100 km² w Polsce wynosiła 6,5 km, najgęstsza sieć była w województwie śląskim – 17,2 km, najrzadsza natomiast w województwie podlaskim – 3,4 km. W 2008 roku sytuacja wyglądała podobnie, znów najwięcej linii kolejowych przebiegało przez województwo śląskie – 2141 km, zaś najmniej przez województwo podlaskie – 760 km, przy czym zauważa się wzrost liczby kilometrów linii eksploatowanych w tych województwach. W województwie mazowieckim, małopolskim, wielkopolskim, dolnośląskim, kujawsko-pomorskim i pomorskim nastąpił zaś spadek długości linii kolejowych eksploatowanych.

Tabela 21.
Linie kolejowe eksploatowane w latach 2005-2008

Jednostka terytorialna	2005	2008
Polska	20 253	20 196
Łódzkie	1 116	1 056
Mazowieckie	1 777	1 746
Małopolskie	1 116	1 108
Śląskie	2 127	2 141
Lubelskie	1 071	1 071
Podkarpackie	975	999
Podlaskie	682	760
Świętokrzyskie	707	707
Lubuskie	985	959
Wielkopolskie	2 066	2 058
Zachodniopomorskie	1 208	1 214
Dolnośląskie	1 766	1 753
Opolskie	851	868
Kujawsko-pomorskie	1 338	1 302
Pomorskie	1 259	1 245
Warmińsko-mazurskie	1 209	1 209

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych [2].

Średnia gęstość linii na 100 km² w Polsce w 2008 roku wynosiła 6,5 km, najgęstsza sieć jest w województwie śląskim – 17,4 km. Natomiast najrzadsza gęstość linii kolejowych jest w województwie podlaskim – 3,8 km. Jednak, co ważne, i tak zauważa się jej zwiększenie w porównaniu do 2005 roku z poziomu 3,4 km na 100 km².

Tabela 22.

Gęstość linii kolejowych eksploatowanych w latach 2005-2008

Jednostka terytorialna	2005	2008
Polska	6,5	6,5
Łódzkie	6,1	5,8
Mazowieckie	5,0	4,9
Małopolskie	7,3	7,3
Śląskie	17,2	17,4
Lubelskie	4,3	4,3
Podkarpackie	5,5	5,6
Podlaskie	3,4	3,8
Świętokrzyskie	6,0	6,0
Lubuskie	7,0	6,9
Wielkopolskie	6,9	6,9
Zachodniopomorskie	5,3	5,3
Dolnośląskie	8,9	8,8
Opolskie	9,0	9,2
Kujawsko-pomorskie	7,4	7,2
Pomorskie	6,9	6,8
Warmińsko-mazurskie	5,0	5,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych [2].

Linie kolejowe wymagają modernizacji i dostosowania do standardów europejskich. Linie kolejowe objęte europejską umową AGC po modernizacji dostosowane będą do prędkości 160 km/h w ruchu pasażerskim i 120 km/h w ruchu towarowym, przy nacisku osi 225 kN. Region nie posiada szybkiej kolei umożliwiającej skrócenie czasu dojazdu z/do Warszawy i innych aglomeracji. Pogorszenie koniunktury w ostatnich latach wpłynęło na wyraźny spadek liczby przewozów, zarówno towarowych, jak i pasażerskich. Spowodowało to nierentowność niektórych linii kolejowych, zwłaszcza peryferyjnych, oraz konieczność zawieszania na tych liniach przewozów [100, s.18].

Komunikacja lotnicza w województwie podlaskim, niestety, nie istnieje. Funkcjonują jedynie lotniska sportowo-sanitarne w Białymstoku i Suwałkach, lecz nie są przystosowane do celów komunikacyjnych. Z lotniska w Białymstoku korzysta m.in. Podlaski Oddział Straży Granicznej. Prowadzone są działania zmierzające do powstania lotniska w Białymstoku lub okolicy w najbliższych latach. Są na ten cel pieniądze w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego. Jest to obecnie kwota 66 milionów złotych [35].

Aktualny stan infrastruktury transportu województwa podlaskiego może stanowić barierę rozwoju sektora rehabilitacji geriatrycznej, jednak do roku 2012 trasa z Białegostoku do Warszawy ma zostać rozbudowana do parametrów drogi ekspresowej o dwóch jezdniach. Przebudowa została zakończona na odcinku od Radzymina do Wyszkowa. Prace w województwie podlaskim mają się zacząć od modernizacji 25-kilometrowego odcinka z Białegostoku do Jeżewa, a inwestycja ta jest zaplanowana na lata 2008-2010. Droga pomiędzy Białymstokiem, Lublinem a Rzeszowem (S19) jest przewidziana jako droga ekspresowa. Kolejna planowana inwestycja to Via Baltica – droga ekspresowa tzw. paneuropejskiego korytarza transportowego mającego łączyć Warszawę z Helsinkami, która ma biec przez Łomżę. A to oznacza, że sytuacja w zakresie infrastruktury w województwie podlaskim będzie się zmieniać. W okresie najbliższych 6 lat powinny nastąpić pozytywne zmiany w tym zakresie. Trudności w dotarciu do zlokalizowanych na terenie województwa podlaskiego ośrodków i placówek

rehabilitacyjnych w perspektywie średniej będą więc coraz mniejsze, i to zarówno w odniesieniu do osób zainteresowanych usługami pochodzących z terenu województwa, jak i dla klientów pochodzących z innych krajów Unii Europejskiej i zza wschodniej granicy kraju.

4.2.2 Czynniki administracyjnoprawne

4.2.2.1 Regulacje dostępu do świadczeń zdrowotnych w Polsce

Do korzystania z bezpłatnych świadczeń zdrowotnych na terytorium Polski są uprawnione osoby objęte powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym, którego zasady funkcjonowania określa Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia [117].

Prawo do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych przysługuje ubezpieczonym oraz członkom ich rodzin w sytuacji, gdy korzystają z usług świadczeniodawców, którzy podpisali umowę z NFZ. Informacje na temat podmiotów świadczących usługi, które zawarły umowy z NFZ, można uzyskać we właściwym oddziale wojewódzkim funduszu.

Świadczenia opieki zdrowotnej finansowane są ze środków NFZ na zasadach określonych przepisami Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [119]. Samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej mogą otrzymywać na realizację zadań określonych w Ustawie z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej [123] dotacje budżetowe oraz dotacje z jednostki samorządu terytorialnego.

W zakresie kontraktowania rehabilitacji leczniczej przez NFZ obowiązują następujące akty prawne:

- Zarządzenie nr 76/2008/DSOZ prezesa NFZ z dnia 3 października 2008 r. w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej,
- Zarządzenie nr 85/2008/DSOZ prezesa NFZ z dnia 15 października 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju rehabilitacja lecznicza,
- Zarządzenie nr 86/2008/DSOZ prezesa NFZ z dnia 16 października 2008 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej,
- Zarządzenie nr 99/2008/DSOZ prezesa NFZ z dnia 28 października 2008 r. zmieniające zarządzenie nr 86/2008/DSOZ w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej,
- Zarządzenie nr 17/2009/DSOZ prezesa NFZ z dnia 11 marca 2009 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju rehabilitacja lecznicza,
- Zarządzenie nr 56/2009/DSOZ prezesa NFZ z dnia 29 października 2009 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju rehabilitacja lecznicza.

Za każdym razem do nowego okresu kontraktowania są wprowadzane nowe zarządzenia.

Świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej są realizowane w warunkach: ambulatoryjnych, domowych, ośrodka dziennego lub stacjonarnych. Wśród zabiegów, które kontraktuje NFZ, wymienić można: kinezyterapię, masaż, elektrolecznictwo, leczenie polem elektromagnetycznym, światłolecznictwo i ciepłolecznictwo, hydroterapię, krioterapię, balneoterapię i inne zabiegi fizykoterapeutyczne. Zabiegi te mogą być wykonywane w warunkach ambulatoryjnych lub domowych, a każdy ma swoją odpowiednią wartość punktową.

Ponadto w zarządzeniach prezesa NFZ są zapisane wymagane warunki lokalowe, jakie mają spełnić świadczeniodawcy, by móc przystąpić do umowy z NFZ. Przedstawione są także zagadnienia związane

z wymaganą kadrą, jej kwalifikacjami, czasem pracy czy też wyposażeniem poradni rehabilitacyjnych, gabinetów i zakładów rehabilitacji czy fizjoterapii, fizjoterapii domowej, rehabilitacji w ośrodku dziennym i rehabilitacji leczniczej w ramach opieki stacjonarnej.

W dokumentach tych pojawiają się pojęcia rehabilitacji ogólnoustrojowej, rehabilitacji dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego, rehabilitacji słuchu i mowy, rehabilitacji wzroku, rehabilitacji kardiologicznej, pulmonologicznej oraz rehabilitacji neurologicznej.

Świadczenia usług rehabilitacji dotyczy również Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 12 października 2001 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu kierowania przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) na rehabilitację leczniczą oraz udzielania zamówień na usługi rehabilitacyjne.

Do zakresu działania ZUS należy również prowadzenie działalności prewencyjnej. Zasady tej działalności określają przepisy Ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych [114], Ustawy z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych [121] oraz Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 12 października 2001 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu kierowania przez ZUS na rehabilitację leczniczą oraz udzielanie zamówień na usługi rehabilitacyjne [93]. Z przepisów wymienionych aktów prawnych wynika, że działalność prewencyjna ZUS obejmuje prewencję rentową oraz prewencję wypadkową – jej celem jest zapobieganie występowaniu u ubezpieczonych niezdolności do pracy oraz przywracanie zdolności do pracy, a co za tym idzie, ograniczanie pobierania świadczeń z ubezpieczeń społecznych.

Zakres przedmiotowy prewencji rentowej realizowanej przez ZUS obejmuje: rehabilitację leczniczą, przeprowadzanie badań i analizy przyczyn niezdolności do pracy oraz inne działania prewencyjne. Rehabilitacja lecznicza jest adresowana do ubezpieczonych zagrożonych całkowitą lub częściową niezdolnością do pracy, osób uprawnionych do zasiłku chorobowego lub świadczenia rehabilitacyjnego po ustaniu tytułu do ubezpieczeń społecznych lub ubezpieczenia wypadkowego oraz osób pobierających rentę okresową z tytułu niezdolności do pracy. Uprawnione do rehabilitacji leczniczej są więc osoby, które zagrożone są długotrwałą niezdolnością do pracy, a jednocześnie rokują odzyskanie tej zdolności po przeprowadzeniu rehabilitacji leczniczej.

Inną jednostką, w ramach której można uzyskać wsparcie z zakresu rehabilitacji, jest Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS), która została powołana do życia Ustawą z dnia 20 grudnia 1990 roku o ubezpieczeniu społecznym rolników [116]. Wśród obowiązków KRUS wymienia się m.in. prowadzenie wszechstronnej działalności prewencyjnej mającej na celu ograniczenie liczby wypadków przy pracy rolniczej oraz udzielanie rolnikom pomocy w odbyciu rehabilitacji leczniczej.

Finansową podstawę działalności KRUS w zakresie prewencji wypadkowej i rehabilitacji leczniczej stanowi fundusz prewencji i rehabilitacji. Fundusz tworzony jest z odpisu od funduszu składkowego (finansującego świadczenia z ubezpieczenia chorobowego, wypadkowego, macierzyńskiego) i z dotacji państwowej.

KRUS podejmuje działania na rzecz pomocy ubezpieczonym i osobom uprawnionym do świadczeń z ubezpieczenia – w tym w szczególności do:

4. kierowania na rehabilitację leczniczą do zakładów rehabilitacyjnych,
5. prowadzenia zakładów rehabilitacji leczniczej,
6. wspierania rozwoju rehabilitacji ambulatoryjnej na obszarach wiejskich.

Szczegółowe zasady reguluje Rozporządzenie w sprawie warunków i trybu kierowania przez KRUS na rehabilitację leczniczą oraz udzielania zamówień na świadczenia i usługi rehabilitacyjne [94]. Rehabilitacja lecznicza realizowana za pośrednictwem KRUS jest rzeczowym świadczeniem zdrowotnym służącym zachowaniu, poprawie lub przywróceniu zdolności do pracy w gospodarstwie rolnym, udzielanym przez zakłady rehabilitacji leczniczej. Kierowane są na nią osoby uznane okresowo za całkowicie niezdolne do pracy

w gospodarstwie rolnym, zagrożone całkowitą niezdolnością do pracy w gospodarstwie rolnym, które w wyniku dalszego leczenia i rehabilitacji rokuje jej odzyskanie oraz dzieci osób uprawnionych do świadczeń KRUS. Co istotne, osoby kierowane na rehabilitację muszą spełnić kilka warunków:

- mają nieukończone 60 lat (kobiety) i 65 lat (mężczyźni),
- podlegają ubezpieczeniu społecznemu rolników z mocy ustawy w pełnym zakresie,
- podlegają ubezpieczeniu na wniosek w pełnym zakresie, nieprzerwanie co najmniej 18 miesięcy przed złożeniem wniosku o rehabilitację leczniczą (okres ten nie jest wymagany, gdy osoba uległa wypadkowi przy pracy rolniczej),
- mają ustalone prawo do okresowej renty rolniczej, jeżeli zachowały zdolność do samodzielnej egzystencji.

Na podstawie powyższej analizy można uznać, że system finansowania usług z zakresu rehabilitacji jest zdywersyfikowany. Źródłem mogą być tu pieniądze pochodzące z NFZ oraz KRUS. Należy jednak zwrócić uwagę, że w tym drugim przypadku jest ograniczenie wiekowe do granicy wieku produkcyjnego. Ważną kwestią jest ponadto fakt corocznego kontraktowania świadczeń przez NFZ. W kontraktowanych usługach zdrowotnych brakuje pojęcia rehabilitacji geriatrycznej. Można to uznać za istotny brak, gdyż pogłębia to niedostateczny związek liczby i struktury kontraktowanych świadczeń z potrzebami zdrowotnymi populacji oraz stosowanie limitów ilościowych kontraktowanych świadczeń [68].

Ponadto jest zbyt mało specjalistycznych oddziałów geriatrycznych oraz poradni. W ostatnich latach, wbrew tendencjom demograficznym, obserwuje się proces likwidacji „łóżek geriatrycznych” – w latach 1999-2004 ich liczba spadła z 465 do 300. Problemem jest również to, że w dostępie do programów profilaktycznych stosowane są ograniczenia wieku (np. z prewencji chorób układu krążenia mogą skorzystać tylko osoby do 65 roku życia). W kontraktach z NFZ nie uwzględnia się czasu trwania wizyty u geriatry – dużo dłuższego niż w przypadku pozostałych specjalności. Poza tym w kontraktach ze szpitalami NFZ nie uwzględnia wyższych kosztów leczenia starszych wiekiem pacjentów: dłuższego czasu hospitalizacji, potrzeby zaangażowania wielodyscyplinarnych zespołów, konieczności stosowania wielu procedur diagnostycznych i terapeutycznych u jednego pacjenta (w związku z wielochorobowością w starszym wieku). Brakuje także możliwości kontraktowania dziennych form opieki medycznej dla seniorów – dziennych oddziałów diagnostyczno-leczniczych i rehabilitacyjno-leczniczych [98].

Dotychczasowe formy kontraktowania można uznać za nieodpowiadające potrzebom społecznym. Wzrastająca liczba ludzi w wieku starszym ma utrudniony dostęp do usług z zakresu rehabilitacji. Z drugiej strony to często osoby w tym wieku zajmują miejsca w wielu placówkach rehabilitacyjnych, co sprawia, że osoby młodsze, niemające czasu na długie oczekiwanie na tego rodzaju zabiegi, muszą z nich rezygnować lub korzystać z form odpłatnych.

Można uznać, że szczególnie ze **strony zasad kontraktowania usług przez NFZ płynie wiele zagrożeń dla rozwoju sektora** w przyszłości. Ponadto rokrocznie w zależności od wielkości budżetu NFZ są przesunięcia i zmiany kwot na poszczególne rodzaje świadczeń – **nie zapewnia to możliwości utrzymania stabilnej częstotliwości oferty, z której starsze osoby mogłyby korzystać nieodpłatnie.**

4.2.2.2 Prawodawstwo dotyczące wykonywania zawodów związanych z rehabilitacją

Specjaliści z zakresu zawodów medycznych wykonujących pracę w ramach sektora rehabilitacji podlegają Ustawie z dnia 26 marca 1997 r. o zawodzie lekarza [118] oraz wynikającym z niej aktom wykonawczym w postaci Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 24 maja 1999 r. w sprawie stażu podyplomowego lekarza, lekarza stomatologa [90] oraz Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 sierpnia 2001 r. w sprawie

specjalizacji lekarzy i lekarzy stomatologów [92].

W literaturze przedmiotu można spotkać się podziałem na zawody medyczne samodzielnie wykonywane, czyli główne zawody medyczne, do których zalicza się: lekarza, lekarza dentystę, farmaceutę, diagnostę laboratoryjnego, pielęgniarki i położne oraz zawody pomocnicze, które nie są samodzielnie wykonywane, lecz pod nadzorem i na zlecenie profesjonalistów medycznych samodzielnie wykonujących czynności zawodowe [124, s.105].

Niektóre zawody medyczne uregulowane zostały w odrębnych aktach prawnych, które określają zasady ich wykonywania – znajduje się tu spora grupa zawodów medycznych [15]. I tak, w odrębnych ustawach uregulowane zostały zagadnienia związane z wykonywaniem następujących zawodów medycznych:

- lekarza i dentysty – Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i dentysty (Dz.U. z 2005 r. nr 226, poz. 1943 z późn. zm.),
- pielęgniarki i położnej – Ustawa z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. z 2001 r. nr 57, poz. 602 z późn. zm.),
- ratownika medycznego – rozdział 2. Ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. nr 191, poz. 1410),
- farmaceuty – Ustawa z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich (Dz.U. z 2003 r. nr 9, poz. 108 z późn. zm.),
- felczera – Ustawa z dnia 20 lipca 1950 r. o zawodzie felczera (Dz.U. nr 36, poz. 336 z późn. zm.),
- diagnosty laboratoryjnego – Ustawa z dnia 27 lipca 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej (Dz.U. z 2004 r. nr 144, poz. 1529).

Przepisy powyższych ustaw określają m.in.: wykonywanie danego zawodu (zakres przedmiotowy, przedmiot zawodu), zasady związane z uzyskiwaniem kwalifikacji do wykonywania zawodu, zasady związane z prawem wykonywania zawodu, zasady i formy wykonywania zawodu, szkolenie podyplomowe i specjalizacyjne.

Ponadto niektóre z tych zawodów mają swój samorząd. Osoby wykonujące wskazane zawody tworzą samorząd, do którego przynależność jest obowiązkowa i wiąże się z możliwością wykonywania zawodu. Zadaniem samorządu jest dbanie o należyte wykonywanie zawodu oraz reprezentowanie i dbanie o interesy grupy zawodowej. Szczegółowe zadania samorządów określają przepisy:

- art. 4 Ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich (Dz.U. nr 30, poz. 158 z późn. zm.),
- art. 4 Ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz.U. nr 41, poz. 178 z późn. zm.),
- art. 34-55 Ustawy z dnia 27 lipca 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej (Dz.U. z 2004 r. nr 144, poz. 1529),
- art. 7 ustawy o izbach aptekarskich.

Pomocnicze zawody medyczne wymienione zostały zaś m.in. w:

- Rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 12 lutego 2002 r. w sprawie ramowych planów nauczania w szkołach publicznych (Dz.U. nr 15, poz. 142 z późn. zm.): technik elektroradiolog, dietetyk, ortoptysta, ratownik medyczny, technik dentystyczny, technik farmaceutyczny, technik fizjoterapii i terapeuta zajęciowy,
- Rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 26 czerwca 2007 r. w sprawie klasyfikacji zawodów szkolnictwa zawodowego (Dz.U. nr 124, poz. 860).

Zasady wykonywania powyżej wymienionych zawodów nie są uregulowane w odrębnych przepisach. Zostały jedynie po prostu wymienione w przywołanych powyżej rozporządzeniach. Brakuje więc uregulowanych zasad zdobywania kwalifikacji, prawa wykonywania zawodu, kształcenia podyplomowego, zasad wykonywania zawodu i staży podyplomowych. Nie istnieją podstawy prawne pozwalające na stosowanie

do tych zawodów regulacji zawartych w ustawie o zawodzie lekarza, ustawie o zawodach pielęgniarzy i położnej czy innych. Ponieważ jednak lista pomocniczych zawodów medycznych obejmuje ponad kilkadziesiąt profesji medycznych, to dla czytelności i jasności przepisów konieczne jest uregulowanie pozycji i kompetencji wszystkich profesjonalistów medycznych, albowiem w obecnym stanie prawnym tylko w stosunku do nielicznej grupy osób realizujących różnego rodzaju działania i czynności w szeroko rozumianej ochronie zdrowia istnieją kompleksowe regulacje prawne [124, s.105].

W przypadku takich zawodów, jak technik dentystyczny, technik farmaceutyczny, technik analityczny, higienistka stomatologiczna i technik radiologii, obowiązujące regulacje prawne wynikają więc z aktów prawa wewnętrznego, tzn. zarządzeń, instrukcji ministra zdrowia. Taki stan budzi poważne zastrzeżenia, ponieważ przepisy prawa wewnętrznego w postaci zarządzeń czy instrukcji nie mogą być podstawą określającą prawa i obowiązki obywatela i grup zawodowych, ponadto rozwiązania te nie są przystosowane do obecnych warunków społeczno-gospodarczych. Wobec powyższego istnieje pilna potrzeba wprowadzenia stosownych regulacji prawnych, które określiłyby status prawny i kompetencje w zawodach medycznych zaliczanych do pomocniczych [124, s.106].

Do innych zawodów medycznych jest zaliczany zawód fizjoterapeuty, który ma ogromne znaczenie w procesie realizacji rehabilitacji. Jest to jedna z najczęściej reprezentowanych grup zawodowych w ochronie zdrowia. Wykonywanie zawodu fizjoterapeuty polega na udzielaniu w sposób osobisty świadczeń zdrowotnych, usług o wyjątkowym charakterze społecznym. Osoba wykonująca zawód medyczny to osoba, która na podstawie odrębnych przepisów uprawniona jest do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz osoba legitymująca się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny [123]. Jednocześnie jednak zawód ten pojawia się w Ustawie z dnia 18 stycznia 1996 roku o kulturze fizycznej [115], w której wśród celów kultury fizycznej wymienia się dbałość o prawidłowy rozwój psychofizyczny i o zdrowie obywateli, a jednym ze sposobów ich osiągnięcia jest rehabilitacja ruchowa, którą mogą prowadzić fizjoterapeuci, absolwenci szkół wyższych ze specjalnością rehabilitacja lub gimnastyka lecznicza oraz technicy fizjoterapii.

W krajach UE zawód fizjoterapeuty jest regulowany odrębnymi przepisami, które określają szczegółowo kwalifikacje oraz warunki konieczne do jego wykonywania. Uchwalenie ustawy o zawodzie fizjoterapeuty w Polsce, a czeka ona na uchwalenie od 1978 roku, jest bardzo ważne, gdyż jasno określiłaby ona status fizjoterapeuty w grupie zawodów medycznych, jak również jego kompetencje. Przygotowanie fizjoterapeuty do zawodu obejmuje szeroką skalę dziedzin i pozwala osobom z odpowiednimi kwalifikacjami do podejmowania odpowiedzialnych decyzji związanych z programowaniem i udzielaniem świadczeń, jak również z liczbą i czasem trwania zabiegów. Dzieje się tak i teraz, ale nie jest to usankcjonowane prawnie i dlatego w wielu przypadkach decyzja fizjoterapeuty, przy dobrej współpracy, jest zatwierdzana przez lekarza [97].

Obecnie, wykonując swój zawód, fizjoterapeuta jest w dużej mierze uzależniony od wskazań lekarzy, zwłaszcza jeżeli chce uzyskać jakąkolwiek refundację świadczonych przez siebie usług medycznych. Pozostając bowiem poza strukturami zakładów opieki zdrowotnej czy szpitali, nie ma praktycznie szans na ułatwienia ze strony państwa. Jego uprawnienia poza tymi strukturami też są bardzo niejasne. Nie może on np. samodzielnie zapisywać wielu leków niezbędnych w terapii czy samodzielnie wykonywać podstawowych badań, np. badania neurologicznego. Z drugiej strony brak jest też ujednoliconych zasad edukacji fizjoterapeutów w Polsce. Wiedza technika fizjoterapii różni się od wiedzy magistra tej dziedziny lub osoby, która ukończyła specjalistyczne kursy w tym zakresie. Ponadto nawet w ustawach częściej jest mowa o rehabilitacji niż o fizjoterapii, a w społeczeństwie często utożsamia się fizjoterapeutę z masażystą. Inną ważną kwestią jest niemal zupełny brak nadzoru nad działalnością fizjoterapeutów, podobnego do tego, jaki względem lekarzy sprawują właściwe okręgowe rady lekarskie.

W Polsce **nie ma ujednoliconych zasad kształcenia w tej dziedzinie**, dlatego uznawanie kwalifikacji fizjoterapeutów może być w wielu przypadkach utrudnione. Wydaje się więc, że stworzenie odrębnej ustawy regulującej status fizjoterapeutów w Polsce jest sprawą bardzo ważną. Szczególnie istotne jest określenie w takim akcie prawnym zakresu kompetencji i uprawnień przysługujących terapeutom posiadającym określony zasób wiedzy i praktyki zawodowej. Drugim istotnym elementem byłoby ujednolicenie zasad kształcenia, zasad odpowiedzialności i przejrzyste zorganizowanie tej grupy zawodowej. Brak regulacji w tym zakresie stanowi poważne zagrożenie dla pacjentów, gdyż obecnie fizjoterapeuta wykonujący swój zawód wbrew ogólnie przyjętym zasadom sztuki medycznej może czuć się bezkarny. Poza tym obecne procedury wymagają wizyt u lekarza pierwszego kontaktu, następnie lekarza specjalisty, w tym z zakresu rehabilitacji, by na końcu udać się do fizjoterapeuty. To znacząco wydłuża czas uzyskania usługi przez pacjenta. Jednakże nie ma żadnych przesłanek, by twierdzić, że mogą w najbliższym czasie zajść jakiegokolwiek pozytywne zmiany w tej kwestii. Należy raczej spodziewać się braku zmian sytuacji.

4.2.2.3 Prawodawstwo związane z tworzeniem uzdrowisk

To, czy dany obszar może zostać uzdrowiskiem, reguluje Ustawa z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych [120]. Wprowadza ona przede wszystkim definicję gminy uzdrowiskowej, uzdrowiska, obszaru ochrony uzdrowiskowej i stref ochronnych. Uzdrowisko to obszar, na terenie którego prowadzone jest lecznictwo uzdrowiskowe, wydzielony w celu wykorzystania i ochrony znajdujących się na jego obszarze naturalnych surowców leczniczych, któremu został nadany status uzdrowiska. Artykuł 34 ust. 1 stanowi, że status uzdrowiska może zostać nadany obszarowi, który spełnia łącznie następujące warunki:

1. posiada złoża naturalnych surowców leczniczych o potwierdzonych właściwościach leczniczych na zasadach określonych w ustawie,
2. posiada klimat o właściwościach leczniczych potwierdzonych na zasadach określonych w ustawie,
3. na jego obszarze znajdują się zakłady lecznictwa uzdrowiskowego i urządzenia lecznictwa uzdrowiskowego przygotowane do prowadzenia lecznictwa uzdrowiskowego,
4. spełnia określone w przepisach o ochronie środowiska wymagania w stosunku do środowiska,
5. posiada infrastrukturę techniczną w zakresie gospodarki wodno-ściekowej, energetycznej, w zakresie transportu zbiorowego, a także prowadzi gospodarkę odpadami.

Gminą uzdrowiskową jest jednak tylko gmina, której obszarowi lub jego części został nadany status uzdrowiska w trybie określonym w ustawie. Ustanowienie obszaru ochrony uzdrowiskowej nie wystarcza do określenia gminy jako gminy uzdrowiskowej. Konieczne jest bowiem również występowanie na jej terenie zakładów lecznictwa uzdrowiskowego i urządzeń lecznictwa uzdrowiskowego przygotowanych do prowadzenia lecznictwa uzdrowiskowego.

Gmina, która zamierza wystąpić o nadanie danemu obszarowi statusu uzdrowiska albo statusu obszaru ochrony uzdrowiskowej, sporządza operat uzdrowiskowy, by określić możliwości prowadzenia lecznictwa uzdrowiskowego na tym obszarze. Operat uzdrowiskowy zawiera charakterystykę wyodrębnionego obszaru pod względem możliwości uznania go za uzdrowisko albo obszar ochrony uzdrowiskowej, ze szczególnym uwzględnieniem dostępnych na tym obszarze naturalnych surowców leczniczych i klimatu.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 kwietnia 2006 r. w sprawie zakresu badań niezbędnych do ustalenia właściwości leczniczych naturalnych surowców leczniczych i właściwości leczniczych klimatu, kryteriów ich oceny oraz wzoru świadectwa potwierdzającego te właściwości [91] reguluje kryteria pozwalające gminie na uzyskanie statusu uzdrowiska. Utworzenie obszaru uzdrowiskowego, na którym funkcjonują zakłady

uzdrowiskowe (szpitale, sanatoria), zakłady przyrodolecznicze (pizalnie, tężnie, solaria) i inne podmioty uzdrowiskowe, wiąże się z nałożeniem na te podmioty oraz na gminę uzdrowiskową określonych praw i obowiązków. Oprócz wymienionych, uzdrowiska i gminy uzdrowiskowe funkcjonują na podstawie następujących aktów prawnych:

1. Ustawa z dnia 17 czerwca 1966 r. o uzdrowiskach i lecznictwie uzdrowiskowym (Dz.U. nr 23, poz. 150 z późn. zm.),
2. Ustawa z dnia 4 lutego 1994 r. prawo geologiczne i górnicze (Dz.U. nr 27, poz. 96 z późn. zm.),
3. Ustawa z dnia 16 kwietnia 2004 r. o ochronie przyrody (Dz.U. nr 92, poz. 880),
4. Ustawa z dnia 27 marca 2003 r. o planowaniu i zagospodarowaniu przestrzennym (Dz.U. nr 80, poz. 717 oraz z 2004 r. nr 6, poz. 41, nr 141, poz. 1492),
5. Ustawa z dnia 28 września 1991 r. o lasach (Dz.U. 00.56.679 z późn. zm.),
6. Ustawa z dnia 3 lutego 1995 r. o ochronie gruntów rolnych i leśnych (Dz.U. z 2004 r. nr 121, poz. 1266),
7. Ustawa z dnia 7 lipca 1994 r. prawo budowlane (Dz.U. 00.106.1126 z późn. zm.),
8. Ustawa z dnia 27 kwietnia 2001 r. prawo ochrony środowiska (Dz.U. z 2001 r. nr 62, poz. 627 z późn. zm.),
9. Ustawa z dnia 30 października 2002 r. o zmianie ustawy o podatkach i opłatach lokalnych oraz o zmianie niektórych innych ustaw (Dz.U. 02.200.1683),
10. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 27 października 2003 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie stawek opłat eksploatacyjnych (Dz.U. 03.185.1804),

Strategicznym problemem dla uzdrowisk jest **konieczność uwzględnienia lecznictwa uzdrowiskowego w projektowanych rozwiązaniach prawnych jako integralnej części systemu ochrony zdrowia**, głównie poprzez zabezpieczenie w budżecie NFZ nakładów na poziomie pozwalającym na rozwój uzdrowisk.

Obecny system finansowania lecznictwa uzdrowiskowego oparty jest na przepisach Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. W systemie tym **podmioty uzdrowiskowe nie mają żadnej gwarancji, że NFZ umożliwi im zawarcie umów, nawet jeśli spełniają wyższe wymagania przewidziane dla zakładów uzdrowiskowych**. NFZ kontraktuje usługi lecznictwa uzdrowiskowego w zakresie określonej części swego budżetu, przewidzianego na dany rok dla konkretnych zakładów lecznictwa uzdrowiskowego. Podpisanie umowy przez NFZ z zakładami lecznictwa uzdrowiskowego nie oznacza zabezpieczenia zleceń dla tych zakładów mimo ich wolnych mocy przerobowych.

W 2003 roku NFZ przeznaczył na lecznictwo uzdrowiskowe 330 mln zł, co stanowi zaledwie 1% jego budżetu. W 2004 roku kwota przeznaczona na lecznictwo uzdrowiskowe została zwiększona o 5% w stosunku do roku poprzedniego i wynosiła 349,5 mln zł [133, s.15-17].

4.2.2.4 Prawodawstwo w zakresie turystyki aktywnej i rekreacji

Z punktu widzenia sektora znaczenie ma zatrudnienie również osób, których zadanie polegałoby na organizacji zajęć rekreacyjnych. Dla turystyki aktywnej i specjalistycznej szczególne znaczenie mają przepisy Ustawy z dnia 18 stycznia 1996 r. o kulturze fizycznej. Określa ona formy aktywności w dziedzinie kultury fizycznej, m.in. takie jak rekreacja ruchowa i rehabilitacja ruchowa, a także warunki wykonywania działalności w tym zakresie.

Rekreacja ruchowa to formy aktywności fizycznej podejmowane dla wypoczynku i odnowy sił psychofizycznych. Zasady i warunki prowadzenia działalności w dziedzinie rekreacji ruchowej określa Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 12 września 2001 r. w sprawie szczegółowych zasad i warunków prowadzenia działalności w dziedzinie rekreacji ruchowej [88]. Zgodnie z nim, od osób prowadzących działalność w tej dziedzinie wymagane są odpowiednie kwalifikacje. Są one określone

w Rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej z dnia 27 czerwca 2001 r. w sprawie kwalifikacji, stopni i tytułów zawodowych w dziedzinie kultury fizycznej oraz szczegółowych zasad i trybu ich uzyskiwania [89].

Zawodem podstawowym jest tu instruktor rekreacji ruchowej. Może nim być osoba, która ukończyła studia wyższe na kierunku wychowanie fizyczne lub turystyka i rekreacja ze specjalnością instruktorską, w wymiarze co najmniej 80 godzin w danej dyscyplinie rekreacji ruchowej, albo posiada co najmniej średnie wykształcenie, ukończyła specjalistyczny kurs instruktorów w danej dyscyplinie rekreacji ruchowej i zdała egzamin końcowy. Ustalono 36 specjalności instruktorskich, w tym takie jak: fitness w czterech formach, hipoterapia, jazda konna, kajakarstwo, narciarstwo zjazdowe i biegowe, pływackie nurkowanie, pływanie, tenis, windsurfing, żeglarstwo i wspinaczka skałkowa.

Wśród innych aktów prawnych regulujących zasady organizowania turystyki aktywnej i specjalistycznej wymienić można [65], s.118]:

1. Ustawa z dnia 18 stycznia 1996 r. o kulturze fizycznej (Dz.U. z 2001 r. nr 81, poz. 889 z późn. zm.),
2. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 6 maja 1997 r. w sprawie określenia warunków bezpieczeństwa osób przebywających w górach, pływających, kąpiących się i uprawiających sporty wodne (Dz.U. z 1997 r. nr 57, poz. 358),
3. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 6 kwietnia 2004 r. w sprawie stażu adaptacyjnego i testu umiejętności w toku postępowania o uznanie nabytych w państwach członkowskich Unii Europejskiej kwalifikacji do wykonywania zawodów regulowanych w dziedzinie kultury fizycznej i sportu (Dz.U. z 2004 r. nr 76, poz. 712).

Zawody związane z rekreacją są uregulowane odpowiednimi ustawami. Na uwagę zwraca fakt, że, jak się wydaje, rehabilitacja może być połączona z turystyką. Jednak instruktorzy rekreacji ruchowej powinni mieć doświadczenie w pracy z osobami starszymi i uwzględniać specyfikę ich wieku oraz możliwości ruchowe. Wydaje się, że obecne akty prawne powinny uwzględniać te kwestie. Z punktu widzenia sektora nie stanowi to ani zagrożenia, ani szansy dla jego rozwoju.

4.2.3 Czynniki międzynarodowe

4.2.3.1 Podejście Unii Europejskiej do działań na rzecz osób starszych

W Białej Księdze „Razem na rzecz zdrowia: Strategiczne podejście UE na lata 2008-2013” wskazuje się, że zdrowie jest podstawową wartością w życiu człowieka i jego ochrona musi być wspierana skuteczną polityką i działaniami państw członkowskich, na szczeblu Wspólnoty Europejskiej i na szczeblu globalnym.

Artykuł 152 Traktatu Wspólnoty Europejskiej stanowi, że przy „określaniu i urzeczywistnianiu wszystkich polityk i działań Wspólnoty zapewnia się wysoki poziom ochrony zdrowia ludzkiego”. Niniejsza strategia wzmacnia znaczenie zdrowia w takich obszarach polityki, jak wzrost gospodarczy i zatrudnienie, zwraca przy tym uwagę na powiązania między zdrowiem i dobrobytem gospodarczym. Ważny jest też program działań na rzecz obywateli, przyznający prawo obywateli do opieki zdrowotnej. Działania w ramach niniejszej strategii dotyczą działań związanych ze zdrowiem we wszystkich sektorach.

Ważna rola WE w zakresie polityki zdrowotnej została potwierdzona w traktacie reformującym. Porozumienie szefów państw i rządów UE w Lizbonie, dnia 19 października 2007 r., dotyczyło wzmocnienia znaczenia kwestii zdrowia w polityce. Działania związane ze zdrowiem na szczeblu Wspólnoty wskazują na takie działania w ramach państw członkowskich, które dotyczą wielu zagadnień związanych z zapobieganiem chorobom, w tym m.in.: dotyczące bezpieczeństwa żywności i żywienia, bezpieczeństwa produktów medycznych, rozwiązania problemu palenia, prawodawstwa dotyczącego krwi, tkanek i komórek oraz organów,

jakości wody i powietrza oraz ustanowienia wielu agencji zajmujących się problemami związanymi ze zdrowiem.

Jednakże pojawiają się coraz poważniejsze wyzwania związane ze zdrowiem społeczeństwa, których rozwiązanie wymaga nowego strategicznego podejścia. Zwrócono uwagę na trzy ważne aspekty: zagrożenia dla zdrowia, rozwój nowych technologii oraz starzenie się społeczeństwa. W kontekście tego trzeciego wskazano na to, że zmiany demograficzne, w tym starzenie się społeczeństwa, zmieniają strukturę chorób i zagrażają równowadze unijnych systemów zdrowotnych. Wspieranie zdrowego starzenia się oznacza zarówno promocję zdrowia przez całe życie, mającą na celu zapobieganie problemom zdrowotnym i niepełnosprawności od wczesnego dzieciństwa, jak i zajmowanie się nierównościami zdrowotnymi związanymi z czynnikami społecznymi, gospodarczymi i środowiskowymi.

Polityka zdrowotna na szczeblu Wspólnoty powinna promować zdrowie, chronić obywateli przed zagrożeniami i wspierać zrównoważone podejście do zagadnienia zdrowia. W celu sprostania głównym wyzwaniom stojącym przed kwestiami związanymi ze zdrowiem w UE wprowadzone zostały trzy cele strategiczne, a pierwszy z nich: „Propagowanie zdrowia w starzejącej się Europie”, odnosi się bezpośrednio do osób starszych. W celu tym zapisano, że starzenie się społeczeństwa, wynikające z niskiego wskaźnika urodzeń i wzrastającej długości życia, jest już faktem ogólnie stwierdzonym. Zmiany te najprawdopodobniej spowodują wzrost popytu na opiekę zdrowotną przy jednoczesnym zmniejszeniu się populacji aktywnej zawodowo. Może to spowodować wzrost wydatków na opiekę zdrowotną w państwach członkowskich od 1 do 2% PKB do 2050 r. Spowoduje to średnio około 25% wzrost udziału wydatków na opiekę zdrowotną w PKB. Jednakże prognozy Komisji pokazują, że jeśli ludzie pozostają zdrowi, żyjąc dłużej, wzrost wydatków na opiekę zdrowotną spowodowany starzeniem się społeczeństwa zmniejszy się o połowę.

Zdrowe starzenie się musi być jednak wsparte działaniami promującymi zdrowie i zapobieganie chorobom przez całe życie, poprzez zajęcie się podstawowymi problemami, m.in. żywieniem, aktywnością fizyczną, spożyciem alkoholu. Poprawa zdrowia dzieci, dorosłych w wieku produkcyjnym i osób starszych pomoże w stworzeniu zdrowego, wydajnego społeczeństwa i wspieraniu zdrowego starzenia się teraz i w przyszłości. Zdrowe starzenie się wspierane jest również działaniami podejmowanymi w celu propagowania zdrowego stylu życia, ograniczeniem szkodliwych zachowań oraz zapobieganiem i leczeniem konkretnych chorób, w tym zaburzeń genetycznych. Uznano, że należy aktywnie propagować rozwój geriatry, skupiając się na zindywidualizowanej opiece. Opieka paliatywna i lepsze zrozumienie chorób zwyrodnieniowych ośrodkowego układu nerwowego, takich jak choroba Alzheimera, są również ważnymi potrzebami, którymi należy się zająć. Istnieją także możliwości dalszych badań nad krwią, tkankami, komórkami i organami oraz nad kwestiami transplantacji.

Stąd też uznano, że istnieje konieczność przedsięwzięcia większej liczby badań wspomagających te cele, w tym badań obserwacyjnych, oraz zwiększenia możliwości służb zdrowia publicznego np. poprzez wzmocnienie struktur szkoleń i zdrowia publicznego. Biorąc pod uwagę rosnącą presję na finanse publiczne, wynikającą ze zmian demograficznych i innych wyzwań, niezwykle znaczenie ma zapewnienie skuteczności podejmowanych działań [3].

W „Opinii Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego w sprawie uwzględniania potrzeb osób starszych” [71], Europejski Komitet Ekonomiczno-Społeczny wskazuje na podjęcie działań mających na celu wsparcie osób starszych:

- regularne sporządzanie krajowych i regionalnych raportów sytuacyjnych,
- zebranie i rozpowszechnienie przykładów sprawdzonych rozwiązań przyjętych w państwach członkowskich,
- popularyzowanie nowego wizerunku starości, który uznaje dorobek życia osób starszych (w tym

imigrantów) i godność wieku dojrzałego w polityce, gospodarce i społeczeństwie,

- kampanie medialne „aktywne starzenie się”.

Należy podjąć działania przede wszystkim w zakresie usług świadczonych w interesie ogólnym, infrastruktury, udostępniania towarów i usług, finansowania, mieszkalnictwa, służby zdrowia, organizacji końcowego okresu życia oraz uczestniczenia w życiu społeczności.

Adresatami tych działań są: państwa członkowskie, Parlament Europejski, Komitet Regionów, Europejski Komitet Ekonomiczno-Społeczny. Ponadto w dokumencie wskazano zalecenia dla prezydencji Rady UE, Parlamentu Europejskiego oraz Komisji Europejskiej.

Wśród rozpoznanych obszarów działań na rzecz bezpiecznego, zdrowego i aktywnego życia w późnym wieku wskazano na takie zagadnienia, jak:

- usługi świadczone w interesie ogólnym, m.in. dostawy energii, bezpieczeństwo publiczne, przy uwzględnianiu specyficznych potrzeb osób starszych i wymagających opieki,
- przygotowanie na wypadek sytuacji awaryjnych i na rzecz godnego zakończenia życia,
- integracja społeczna i udział w życiu społecznym,
- edukacja i uczestnictwo w życiu społecznym,
- osoby starsze jako konsumenci,
- dostęp do technologii informacyjno-komunikacyjnych,
- zabezpieczenie finansowe.

Pojawiły się tu m.in. aspekty związane z opieką zdrowotną osób starszych. Wskazano, że wraz z wiekiem coraz ważniejsza staje się godna zaufania opieka zdrowotna, odpowiadająca potrzebom późnego wieku i dostępna w pobliżu miejsca zamieszkania. W wyniku wciąż obecnej tendencji do zmniejszania się liczby mieszkańców, przy jednoczesnym starzeniu się praktykujących jeszcze lekarzy, taka opieka jest poważnie zagrożona w słabo zaludnionych regionach wiejskich lub peryferyjnych. Istnieje pilna potrzeba rozwoju wszechstronnej opieki lekarskiej i jej gęstej sieci terytorialnej. Dotyczy to (wraz z ochroną praw osób starszych jako pacjentów):

- opieki i rehabilitacji medycznej, zwłaszcza geriatrycznej, prowadzonej przez lekarzy i usługodawców o specjalizacji gerontologicznej i geriatrycznej,
- ambulatoryjnych służb opieki, jak również świadczenia prostych usług opiekuńczo-pomocniczych przez wybrane służby,
- medycyny paliatywnej i pomocy psychologicznej dla rodzin,
- poradnictwa i informowania o prawach pacjentów i możliwościach otrzymania wsparcia,
- służb doradczych i informacyjnych oraz instytucji i bodźców prewencyjnych (wytwarzanie nawyków zdrowego odżywiania się, wysiłku fizycznego, unikania upadków, zdrowego stylu życia w powiązaniu z gratyfikacjami),
- technicznych środków pomocy i systemów wsparcia, które nie mogą jednak zastąpić pomocy ludzkiej,
- wspierania lub utworzenia formalnych i nieformalnych systemów wsparcia społecznego, łącznie z biurami obywatelskimi i punktami doradztwa, grupami samopomocy, grupami dla członków rodziny sprawujących opiekę, a także pomocą sąsiedzką.

Wśród uwag i zaleceń wyróżniono następujące, odnoszące się do działań na szczeblu państw członkowskich i na płaszczyźnie europejskiej, zmierzające do stworzenia solidnej bazy dla niezbędnych strategii restrukturyzacji i innowacji na szczeblu państw członkowskich:

- sporządzenie krajowych i regionalnych raportów sytuacyjnych – na początek potrzebna jest dokładna analiza sytuacji regionalnych w poszczególnych państwach członkowskich, obejmujących dane

dotyczące potencjalnej aktywności osób starszych,

- dostarczenie i rozpowszechnienie materiałów informacyjnych – udostępnienie zainteresowanej opinii publicznej, jak również samym osobom starszym, istotnych informacji, wiedzy i doświadczeń, wraz z dotychczasowymi wynikami badań i nowo zebraną wiedzą grup eksperckich. Wyniki badań w szczególności powinny zostać lepiej rozpropagowane wśród ludzi nauki, polityki i wśród samych użytkowników (osób starszych i ich przedstawicieli),
- opracowanie i powiązanie doświadczeń państw członkowskich – zebranie najlepszych doświadczeń regionalnych, porównanie ich oraz zbadanie możliwości ich powiązania z innymi dziedzinami i przeniesienia na inne regiony. Celem jest tu sporządzenie i udostępnienie zbioru przykładów sprawdzonych rozwiązań,
- promowanie nowego wizerunku starości – w starzejącym się społeczeństwie nie można uważać ludzi za „nieaktywnych” z chwilą, gdy tylko pożegnają się z życiem zawodowym. Trzeba zmienić sposób myślenia na wszystkich płaszczyznach (polityka, gospodarka, społeczeństwo). Państwa i regiony mają szczególne możliwości prowadzenia regularnych kampanii promujących aktywność osób starszych,
- Europejski Komitet Ekonomiczno-Społeczny proponuje rozpoczęcie europejskiej kampanii medialnej, która przyczyni się do uznania godności podeszłego wieku oraz wkładu osób starszych (w tym imigrantów) w życie społeczne.

Pożądane są również następujące działania na płaszczyźnie europejskiej:

- powołanie dodatkowej grupy ekspertów do spraw wieku dojrzałego w ramach grupy ekspertów do spraw demografii przy Komisji Europejskiej,
- powołanie europejskiego sojuszu „Aktywne życie na starość” na wzór europejskiego sojuszu na rzecz rodzin – jego celem będzie stworzenie bodźców dla aktywnej starości oraz promowanie współpracy i wzajemnego uczenia się w Unii Europejskiej na drodze wymiany doświadczeń między państwami członkowskimi. Sojusz ten miałby najlepsze możliwości organizowania konferencji i warsztatów,
- utworzenie europejskiego centrum badania problemów związanych z wiekiem – raporty sytuacyjne i zebrane doświadczenia ukażą, jakie aspekty merytoryczne i jakie cechy regionalne wymagają przeprowadzenia dalszych badań. Syntezy oraz szerszego rozpowszechnienia i uwzględnienia w polityce i praktyce wymagają również wyniki dotychczasowych ramowych programów badawczych oraz dane statystyczne. Europejskie centrum badania problemów związanych z wiekiem, pomyślane na wzór amerykańskiego „*National Institute on Ageing*”, byłoby szczególnie przydatne dla powiązania, zintegrowania i dalszego rozwijania posiadanej już wiedzy statystycznej oraz pozostałych informacji,
- uruchomienie interdyscyplinarnego programu „Wiek dojrzały” w VIII ramowym programie badawczym – włączenie programu zapewniłoby wzajemne powiązanie prac badawczych,
- utworzenie wspólnego europejskiego portalu internetowego – na takim portalu należy udostępnić opinii publicznej, a zwłaszcza osobom starszym, wszystkie inicjatywy poszczególnych Dyrekcji Generalnych, mające znaczenie dla problemów wieku dojrzałego. Materiały informacyjne powinny być dostępne przy użyciu odpowiednich linków,
- utworzenie lokalnych, regionalnych i krajowych portali internetowych na wzór portalu europejskiego,
- wsparcie funduszu demograficznego w ramach funduszy strukturalnych – wobec szczególnie krytycznej sytuacji regionów o malejącej liczbie ludności, europejski fundusz demograficzny

powinien wesprzeć właściwe inicjatywy, zwłaszcza w regionach wiejskich oraz regionach, w których liczba nowych narodzin kształtuje się poniżej przeciętnej,

- włączenie nowych priorytetów do programu „Uczenie się przez całe życie”, by umożliwić kształcenie opiekunów pomagających w przechodzeniu do następnego etapu życia,
- w oparciu o proponowane kroki można przygotować koncepcje działań i środków politycznych.

Promocja rozwoju usług geriatrycznych ze strony Unii Europejskiej stanowi istotną szansę sprzyjającą rozwojowi tego sektora w całej Unii, w tym także w województwie podlaskim. Są duże szanse, że także w Polsce będą następowały znaczące zmiany sprzyjające rozwojowi usług dla osób starszych, w tym sektora rehabilitacji geriatrycznej.

4.2.3.2 Kontraktowanie usług medycznych za granicą

Mobilność pacjentów rozumiana jest jako usługi opieki zdrowotnej, z których pacjent korzysta w państwie członkowskim innym niż państwo, w którym jest ubezpieczony. Jest ona jednym z aspektów transgranicznej opieki zdrowotnej [8].

Dotychczasowe badania dowodzą, że z zasady pacjenci preferują korzystanie z usług opieki zdrowotnej świadczonych w pobliżu miejsca ich zamieszkania bądź pracy. Do innych czynników zniechęcających do korzystania z transgranicznych świadczeń zdrowotnych zalicza się m.in.: brak informacji o możliwości korzystania z opieki zdrowotnej w innych państwach oraz brak przejrzystych ram prawnych. Przypuszczenie o trudności z ustaleniem obowiązujących uprawnień przez pacjentów i pracowników służby zdrowia potwierdziło badanie Eurobarometru przeprowadzone we Francji, Polsce, Wielkiej Brytanii, Hiszpanii i Niemczech, które wykazało, że 25% obywateli tych państw uważa, że nie są uprawnieni do żadnych świadczeń za granicą, zaś 30% nie ma co do tego pewności.

Obecnie kwestie związane z uzyskiwaniem świadczeń opieki zdrowotnej w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej są regulowane przepisami o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego [11].

Wspólnotowe przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego dotyczą wyłącznie osób posiadających ubezpieczenie w powszechnym systemie ubezpieczenia zdrowotnego w którymś z państw UE; zaczynają obowiązywać w momencie przemieszczenia się ubezpieczonego do innego kraju Unii.

Zgodnie z tymi przepisami leczenie za granicą jest możliwe w dwóch przypadkach:

1. leczenia planowego – jest ono uwarunkowane kumulatywnym spełnieniem trzech przesłanek: (a) posiadanie obywatelstwa państwa członkowskiego UE, (b) posiadanie obowiązkowego lub dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, w ramach którego przysługują świadczenia chorobowe w naturze, oraz (c) uzyskanie wcześniejszej zgody, udzielanej przez właściwą dla ubezpieczonego instytucję ubezpieczeniową (w Polsce: prezes NFZ),
2. leczenia w stanach nagłych – przysługuje ono w innych państwach na podstawie Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego. Brak karty skutkuje koniecznością poniesienia zapłaty za usługę zdrowotną z późniejszą możliwością zwrotu poniesionych kosztów przez właściwą instytucję ubezpieczeniową.

W powyższych wypadkach leczenie jest w całości refundowane. Koszty udzielonych świadczeń ponosi właściwa instytucja według stawek obowiązujących w państwie, w którym świadczenie zostało udzielone.

Komisja Europejska zauważa problem, jakim jest transgraniczna mobilność pacjentów. Opieka transgraniczna może przybierać różne formy. Chociaż pacjenci wolą, aby opieka zdrowotna była dostępna możliwie najbliżej miejsca, w którym mieszkają i pracują, istnieją sytuacje, w których transgraniczna opieka

zdrowotna może być bardziej właściwa. Obecnie ograniczona liczba pacjentów przekracza granice w celu skorzystania z opieki. Jednakże skala transgranicznej opieki zdrowotnej rośnie i prawdopodobnie w przyszłości nadal będzie rosła. Możliwość skorzystania z opieki zdrowotnej za granicą może mieć ogromne znaczenie dla indywidualnych pacjentów, lecz również dla systemów zdrowotnych jako całości skutki opieki transgranicznej mogą być istotne. Może ona jeszcze bardziej stymulować innowacyjność, przyczyniać się do bardziej efektywnego planowania i wykorzystania środków oraz do lepszej ogólnej jakości opieki. Ustalono jednak, że istnieją pewne wyzwania. Istnieje niepewność co do ogólnego zastosowania praw do zwrotu kosztów opieki zdrowotnej świadczonej w innym państwie członkowskim. Konsultacje z wszystkimi zainteresowanymi podmiotami wykazały, że istnieje również niepewność co do tego, w jaki sposób należy zapewniać w transgranicznej opiece zdrowotnej niezbędne ramy bezpieczeństwa i efektywności [22].

Jak zwrócono uwagę, odpowiedzialność za zorganizowanie systemów zdrowotnych w sposób najlepiej odpowiadający potrzebom państw i obywateli spoczywa zasadniczo na państwach członkowskich. Niemniej jednak czasami opiekę zdrowotną, której potrzebują obywatele, można w najlepszy sposób zapewnić w innym państwie członkowskim z powodu jego bliskości, specjalistycznego charakteru opieki lub braku możliwości zapewnienia takiej opieki we własnym państwie obywateli. Zgodnie z zasadą pomocniczości, Wspólnota powinna działać w tej dziedzinie tylko wówczas i tylko w takim zakresie, w jakim cele proponowanych działań nie mogą być osiągnięte w sposób wystarczający przez państwa członkowskie, natomiast z uwagi na rozmiary lub skutki proponowanych działań możliwe jest lepsze ich osiągnięcie na poziomie Wspólnoty.

Prawo wspólnotowe zasadniczo przewiduje już ogólne prawa transgranicznego przepływu towarów, usług i osób oraz w szczególności przepływu produktów zdrowotnych, usług i pacjentów. Jednakże pozostają pytania i wątpliwości, co to oznacza w praktyce dla obywateli i dla wszystkich zainteresowanych podmiotów.

Europejski Trybunał Sprawiedliwości interpretuje przepisy wspólnotowe w odmienny sposób niż rządy krajowe. Jednak, co zostało podkreślone przez szereg państw członkowskich podczas konsultacji, również po przedstawieniu przez Trybunał jego interpretacji państwom członkowskim w dalszym ciągu brak pewności co do tego, jaka powinna być ogólna interpretacja tych indywidualnych przypadków. Z powodu tej niepewności państwa członkowskie napotykają trudności we właściwym zarządzaniu systemami zdrowotnymi.

Istnieją z kolei obawy co do zapewnienia możliwie najwyższego bezpieczeństwa i efektywności transgranicznej opieki zdrowotnej. Transgraniczna opieka zdrowotna ma wiele aspektów ponadnarodowych o zakresie wspólnotowym. Kiedy obywatele przekraczają granice, aby skorzystać z opieki zdrowotnej, jest ważne, aby było jasne, które państwo za co odpowiada. Obecnie brakuje takiej jasności. Poszczególne państwa członkowskie nie są w stanie określić własnej odpowiedzialności bez uzgodnienia jej z innymi zainteresowanymi państwami. W związku z powyższym, aby rozwiązać również tę kwestię dotyczącą zakresu odpowiedzialności, istnieje potrzeba porozumienia na poziomie wspólnotowym. Jest duże prawdopodobieństwo, że w niedalekiej przyszłości kwestie te zostaną rozstrzygnięte, gdyż jest już opracowana wersja robocza dyrektywy w sprawie stosowania praw pacjenta w transgranicznej opiece zdrowotnej. Co więcej, należy spodziewać się, że jej wpływ na świadczenie usług przez sektor rehabilitacji w województwie podlaskim będzie pozytywny.

4.2.4 Czynniki społeczne

4.2.4.1 Wartości i postawy wobec ludzi starszych

W Polsce stereotyp człowieka starego kojarzony jest z wizją kłeski. Młodzi ludzie na nieuniknioną starość patrzą z lękiem. Ten etap życia kojarzy się bowiem z osłabieniem fizycznym i umysłowym, chorobami, biedą,

osamotnieniem, zależnością od pomocy innych, lękiem przed śmiercią i utratą bliskich. Negatywny stereotyp wiąże się ze zjawiskiem określanym „kultem młodości” oraz niedostatkami kształcenia ustawicznego i edukacji z zakresu przygotowania do starości. Szczególnie dotkliwym aspektem tego sprzecznego z rzeczywistością schematu myślenia jest uznanie, że człowiek w wieku emerytalnym jest nieprzydatny społecznie, a będąc bezużytecznym i bezwartościowym, stanowi znaczące obciążenie dla innych. Można uznać, że jeszcze przed 25 laty starość była powodem do dumy i źródłem dodatkowej godności. Współczesna modernizacja społeczno-ekonomiczna doprowadziła jednak do zmian w tym zakresie. Status ludzi starszych obniżał się wraz z pojawianiem się nowych technologii, zawodów i rozwiązań organizacyjnych oraz rozwojem powszechnej oświaty i mass mediów, które zastępowały starsze pokolenia w przekazywaniu młodszemu wiedzy o wspólnym dorobku zbiorowości. Współcześnie znaczny wpływ na utrzymywanie się negatywnego stereotypu starości można przypisać częstej nieznajomości przez starszych ludzi nowoczesnych technik informatycznych. Wydaje się, że ta kwestia szczególnie oddziałuje na rozdział między generacją młodszą a starszą – stąd też w chwili przechodzenia na emeryturę poczucie degradacji pozycji społecznej jest odczuwane szczególnie silnie [44, s.2].

Wyniki badań „Polacy wobec ludzi starych i własnej starości”, które zostały przeprowadzone przez Centrum Badania Opinii Społecznej w 2000 roku, prowadzą do kilku istotnych wniosków [74]:

- prawie co drugi dorosły Polak (45%) zna osobiście kogoś, kto z racji starszego wieku ma trudności z wykonywaniem samodzielnie niektórych codziennych czynności, co czternasty zaś (7%) przyznaje, że sam ma obecnie tego typu problemy,
- ponad jedna czwarta respondentów (29%) pomaga ludziom starszym, a co dwudziesta osoba potrzebująca wsparcia (5%) nie uzyskuje żadnej pomocy,
- ludzie starsi mogą liczyć głównie na pomoc najbliższej rodziny i sąsiadów, rzadziej znajomych i przyjaciół. Najmniejszy zakres ma zaś pomoc instytucji powołanych do jej niesienia,
- potrzeby ludzi starszych w znacznej mierze nie są zaspokojone przez udzielaną pomoc. Wyjątek stanowią potrzeby finansowe oraz wsparcia społecznego w zakresie poradnictwa dla seniorów. Często występuje przy tym nadopiekuńczość osób pomagających,
- Polacy w przeważającej mierze nie chcą na starość mieszkać z rodziną (80%), ponad połowa (57%) wolałaby mieszkać we własnym mieszkaniu i tylko doraźnie korzystać z pomocy bliskich. Tylko jedna szóstka respondentów (17%) wybiera rozwiązania, które nie wymagają pomocy ze strony bliskich,
- życzliwy stosunek do ludzi w podeszłym wieku respondenci najczęściej dostrzegają w rodzinie (69%), w środowisku sąsiedzkim (64%) oraz w parafii (58%), natomiast rzadziej w sklepach (44%), placówkach służby zdrowia (39%), w byłym miejscu pracy (36%), w urzędach (27%), w środkach komunikacji (22%) i na ulicy (21%),
- środowisko młodzieżowe postrzegane jest jako mało życzliwe wobec seniorów (75%).

Wnioskiem płynącym z powyższych badań jest uznanie, że występuje obojętność i brak zrozumienia dla osób starszych, wymagających pomocy, opieki i miłości. Negatywny stereotyp starości niekorzystnie wpływa na kształtowanie pozytywnych postaw społecznych wobec ostatniego etapu życia i ludzi starych, jak też na ich samopoczucie [25, s.65].

Należy zwrócić uwagę, że dyskryminujące podejście do człowieka z powodu jego wieku obserwuje się zarówno wśród młodych, jak i dorosłych osób. Dystans do osób starszych może wynikać między innymi z konieczności poświęcania im większej ilości czasu podczas rozmów, badań, pielęgnacji, opieki i udzielania pomocy. Ograniczanie marginalizacji społecznej spowodowanej wiekiem stanowi zatem poważne wyzwanie dla współczesnego wychowania, edukacji czy komunikacji interpersonalnej [134, s.65].

Okazuje się, że postawy społeczne wobec ludzi starszych wiążą się między innymi z koniecznością udzielania im pomocy przez ich rodziny. Rodzinę należy uznać za największą instytucję opieki długoterminowej

na świecie, w tym i w Polsce. Szacuje się, że ponad 80% niesprawnych osób starych pozostaje pod opieką członków rodziny. Bliscy przez długi czas – od kilku miesięcy do wielu lat – udzielają wsparcia związanego z realizacją wielu czynności, w tym osobistych, higienicznych, terapeutycznych, pielęgnacyjnych i transportowych, jak też zaspokajają potrzeby emocjonalne i towarzyskie oraz wspierają nie tylko psychicznie, ale nieraz i finansowo. Zapotrzebowanie ludzi starych na wymienione rodzaje pomocy jest bardzo wysokie. Wyniki badań EUROFAMCARE¹ dotyczące opiekunów rodzinnych w Polsce wskazują, że opiekun rodzinny niemal w całości zaspokaja te potrzeby głównie z pomocą innych członków rodziny, sąsiadów i osób wynajętych do opieki. Uwagę zwraca fakt marginalnego, bo kilkuprocentowego uczestnictwa instytucjonalnych form pomocy, wynoszącego od 10% w odniesieniu do potrzeb zdrowotnych, do 3% w zakresie prac domowych, usług transportowych i wsparcia psychicznego [5].

Dobre kontakty z rodziną niewątpliwie pozytywnie oddziałują na osoby starsze, pozwalają na zapewnienie im dobrego zdrowia psychicznego. Osoby takie mają poczucie bycia potrzebnym. Często ludzie starsi starają się odwzajemniać pomoc, jaką otrzymują od rodziny, między innymi poprzez opiekę nad wnukami oraz dzielenie się mieszkaniem i oszczędnościami [13, s. 140-172]. Należy również zwrócić uwagę na brak zdefiniowania miejsca opiekunów rodzinnych w systemie opiekuńczym państwa.

Inną ważną kwestią jest sprawa zmniejszania się liczebności rodzin oraz coraz bardziej utrwalające się zmniejszanie liczby rodzin wielopokoleniowych. Wprawdzie na wsiach ta forma współżycia utrzymuje się, ale w miastach coraz częstszym zjawiskiem jest samotne zamieszkiwanie osób w wieku podeszłym.

Dobrej kondycji osób starszych sprzyja dobrobyt, proinnowacyjna kultura społeczeństwa, rozsądna polityka społeczna oraz sprawne programy pomocy społecznej [29, s.67]. Niemniej częste postawy dyskryminujące ludzi starszych przejawiają się również na poziomie realizacji usług z zakresu opieki zdrowotnej. Przykładem może być chociażby dyskryminacja w postaci utrudniania dostępu do służby zdrowia poprzez ustalenie górnej granicy wieku przy kwalifikowaniu do badań profilaktycznych. Inna kwestia to limity kosztów dla różnych terapii. Ponadto obecność stereotypów jest także źródłem zarzutów, że państwo przeznaczając za dużo środków na finansowanie ludzi starszych kosztem młodych, gdy tak naprawdę nie ma konfliktu interesów pomiędzy tymi grupami wiekowymi [44, s.2].

Wśród najczęściej popełnianych błędów w opiece medycznej nad ludźmi starszymi W. Pędich wymienia [73, s.67]:

- przypisywanie wszystkim starszym pacjentom cech uchodzących za typowo starcze,
- ograniczanie się do rozpoznawania miażdżycy, uznając ją za jedyną przyczynę dolegliwości,
- nieuzasadnione, nierozważne stosowanie leków,
- rezygnacja z innych, poza farmakologicznymi, metod leczenia i form pomocy udzielanej pacjentom,
- rezygnacja z pozyskania chorego do współpracy,
- nierozważne słowa, gesty powodujące utratę zaufania chorego,
- zaniechanie nawiązania kontaktu z opiekunami chorego w celu nakłonienia ich do pomagania.

Negatywne stereotypy typu „być starym to znaczy być chorym”, „sprawność umysłowa obniża się wraz z wiekiem” są fałszywymi sądami prowadzącymi do nieadekwatnych uogólnień. To powoduje tak zwaną „wyuczoną bezradność” u ludzi w starszym wieku, która może być spowodowana tym, że poszczególne jednostki same przypisują swoje dolegliwości starzeniu się i przestają podejmować próby rozwiązania napotykanego problemu [134, s.67].

¹ Badania EUROFAMCARE przeprowadzone zostały w 6 krajach Europy pod kierunkiem Hanneli Döhner w ramach europejskiego projektu *Services for Supporting Family Carers of Elderly People in Europe: Characteristics, Coverage and Usage* realizowanego w latach 2003–2006 w ramach 5. Programu Ramowego Unii Europejskiej; nr kontraktu QLK6-CT-2002-02647 ; <http://www.uke.uni-hamburg.de/eurofamcare>

Podsumowując, należy uznać, że występujące w społeczeństwie stereotypy są obecnie zagrożeniem rozwoju sektora. Występowanie tej luki, **niewystarczającego rozpowszechnienia pozytywnych stereotypów starości**, które wiązałyby się z szacunkiem do doświadczenia osób starszych oraz uznaniem ich prawa do odpoczynku i realizacji niespełnionych w poprzednich etapach życia aspiracji i zainteresowań, może być ogromną szansą rozwoju sektora rehabilitacji geriatrycznej. Taka zmiana w postrzeganiu osób starszych nie jest jednak łatwa do uzyskania. Raczej należy spodziewać się, że jest to długotrwały proces, wymagający wysiłków wielu podmiotów. Budowanie świadomości w zakresie dominujących wartości i postaw wobec osób starszych nie tylko sprzyjałoby ich zmianie, ale też mogłoby pozytywnie oddziaływać na rozwój sektora rehabilitacji geriatrycznej, jest jednak mało prawdopodobne w krótkim okresie czasu.

4.2.4.2 Wykształcenie kadry

Starzenie się społeczeństwa wymuszać będzie konieczność zmian w sektorze edukacyjnym. Należy zwrócić uwagę, że wydłużył się czas życia i osoba w wieku 65 lat nie jest kimś wycofanym z życia społecznego, lecz człowiekiem, przed którym jest jeszcze od 20 do 25 lat życia. Dlatego należy zadbać, by lekarze mieli jak największą wiedzę na temat patofizjologii starzejących się narządów i leczyli pacjentów, pełniąc przy tym jak najmniej błędów.

Osoby w wieku starszym mają potrzeby związane z podstawowymi i złożonymi czynnościami życia codziennego, potrzeby w zakresie funkcjonowania społecznego, potrzeby w zakresie rehabilitacji oraz potrzeby medyczne i opiekuńcze [7, s.53-59].

W wielu krajach funkcjonują rozwiązania w zakresie opieki osób starszych. W Stanach Zjednoczonych wdrożono system PACE (*Program All-inclusive Care for Elderly*) stanowiący propozycję całościowej opieki nad seniorami. Ma on zabezpieczać w sposób ciągły, pełny i zintegrowany potrzeby zdrowotne, rehabilitacyjne i socjalne osób starszych, zarówno w domu, poradni, ośrodka opieki dziennej, jak i w zakładzie opiekuńczym czy szpitalu. W ramach systemu usługi świadczone są przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej oraz geriatryczny zespół terapeutyczny. Takie pakiety są kontraktowane przez systemy ubezpieczeń medyczno-opiekuńczych. Rozwiązanie to zapobiega instytucjonalizacji, zapewnia socjalizację, umożliwia indywidualne podejście do pacjenta, sprzyja racjonalizacji i ekonomizacji usług, a także umożliwia właściwe wykorzystanie kompetencji zawodowych i czasu geriatrów.

Innym przykładem jest interdyscyplinarny zespół geriatryczny (*Geriatric Multidisciplinary Team*) działający w strukturach kanadyjskiej opieki nad ludźmi starszymi. Zespół taki składa się z lekarza geriatry, pielęgniarki geriatrycznej, pracownika socjalnego, fizjoterapeuty oraz terapeuty zajęciowego. Zespół pracuje w oddziałach geriatrycznych oraz pełni funkcje konsultacyjne na innych specjalistycznych oddziałach szpitala, w szpitalach dziennych, w hospitalizacji domowej oraz w opiece ambulatoryjnej (poradnie geriatryczne, wizyty domowe). Ponadto zespół ten współdziała w ramach struktur opieki długoterminowej lub ostatecznej, takiej jak domy opieki, wspólnoty mieszkaniowe i hospicja [80, s.50].

W Polsce **brakuje modelu realizacji usług wobec osób starszych**. Można odnaleźć jedynie propozycję pt.: „Standardy świadczenia usług medycznych w specjalności geriatra” [17, s.67-83]. Zwrócono tu uwagę, że opiekę nad pacjentem w starszym wieku sprawuje interdyscyplinarny zespół złożony z personelu medycznego, niemedycznego oraz wolontariuszy. Opieka taka ma zapewniać z jednej strony holistyczne spojrzenie na potrzeby pacjenta, a z drugiej indywidualizację w zakresie świadczonych usług zdrowotnych.

Jako opiekę holistyczną rozumie się opiekę lekarską, pielęgniarską, rehabilitacyjną oraz pomoc psychosocjalną. Obejmuje ona również edukację pacjenta, tak by osoby starsze czynnie uczestniczyły w procesie leczenia. Holistyczne podejście do pacjenta obejmuje również edukację rodziny bądź opiekunów w zakresie

zasad opieki nad osobą w wieku podeszłym oraz pomoc w przypadku pogarszającego się stanu zdrowia i związanej z tym niesprawności.

Zespołem geriatrycznym kieruje lekarz specjalista z geriatрії, a w razie braku dostępu do geriatry specjalista w zakresie chorób wewnętrznych, posiadający doświadczenie w pracy z ludźmi w starszym wieku, z co najmniej kilkuletnim stażem pracy w zespole geriatrycznym, którym kierował lekarz specjalista geriatra. Pielęgniarka pracująca w zespole geriatrycznym, odpowiedzialna za opiekę i pielęgnację chorych, powinna mieć co najmniej pięcioletni staż pracy oraz ukończone kursy z zakresu pielęgniarstwa geriatrycznego lub opieki długoterminowej. W skład zespołu powinni wchodzić również okresowo lekarze innych specjalności (neurolog, psychiatra, urolog, ortopeda, reumatolog, kardiolog, hematolog, chirurg i inni) z przygotowaniem do opieki nad osobami starszymi, psycholog i rehabilitant oraz wolontariusze niebędący pracownikami służby zdrowia. W każdym zespole przynajmniej jeden lekarz i jedna pielęgniarka powinni być wyszkolonymi i doświadczonymi specjalistami w zakresie geriatрії.

Inaczej jest w przypadku realizacji rehabilitacji. W Rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 3 listopada 1995 roku w sprawie zasad organizowania i zakresu rehabilitacji leczniczej w domach pomocy społecznej podany został skład zespołu rehabilitacyjnego. W skład takiego zespołu wchodzi: lekarz psychiatra lub neurolog, psycholog, pedagog, pracownik socjalny, fizykoterapeuta, pielęgniarka i instruktor terapii zajęciowej. Zespół rehabilitacyjny opracowuje oraz prowadzi indywidualne i grupowe programy rehabilitacji leczniczej.

Ogólnie zatem z punktu widzenia rehabilitacji geriatrycznej na podstawie powyższego można uznać, że ważne, by w procesie wsparcia pacjenta uczestniczyły osoby o kwalifikacjach w zakresie takich zawodów, jak: lekarz geriatra, lekarz specjalista w rehabilitacji, psycholog, fizykoterapeuta czy pielęgniarka.

Magister rehabilitacji ruchowej prowadzi leczenie ruchem (kinezyterapia), a więc ćwiczenia indywidualne i grupowe, gry i zabawy oraz zajęcia sportowe. Technik fizjoterapii jest absolwentem medycznego studium zawodowego – ma wykształcenie w kinezyterapii i fizykoterapii oraz może być zatrudniony w obu tych dziedzinach. Technicy fizjoterapii mogą pracować jedynie pod kierunkiem magistra rehabilitacji ruchowej bądź lekarza. Innym zawodem, który można wyróżnić, jest terapeuta zajęciowy (ergoterapeuta) – z pomocą jego instrukcji chory może wykonywać swoje zadania w łóżku lub na sali zajęć, w zależności od stanu zdrowia. Asystent socjalny jest swego rodzaju łącznikiem między chorym a jego środowiskiem. Poznaje warunki bytowe, społeczne i zawodowe chorego i dostarcza cennych informacji dla ustalenia programu rehabilitacji chorego. Technik ortopedyczny zapewnia wszelkie zaopatrzenie ortopedyczne stanowiące dla wielu chorych konieczny warunek ich rehabilitacji.

Podejście oparte na pracy zespołowej prowadzi do prostego wniosku o konieczności kształcenia w wielu kierunkach z naciskiem na zagadnienie aspektów zdrowotnych ludzi starszych. W efekcie tego pojawił się na rynku edukacyjnym nowy zawód, jakim jest instruktor kinezygerontoprofilaktyki [30]. Jest to osoba, która animuje, bawi, trenuje i wychowuje – uczy poprawności wykonywania określonych czynności ruchowych dnia codziennego: zmiany pozycji, przysiadów, noszenia zakupów. Poprzez nieustanną obserwację rozpoznaje niewłaściwe nawyki ruchowe ćwiczącej osoby, poprawia je i wyrabia nowe, poprawne technicznie. Jako trener dawkuje określone ćwiczenia, wyrabia siłę i koordynację ruchową. W ten sposób wpływa na motorykę osoby starszej, by nabrała pewności siebie w wykonywaniu czynności dnia codziennego. Ponadto ma znaczący wpływ na zmianę postawy osoby ćwiczącej.

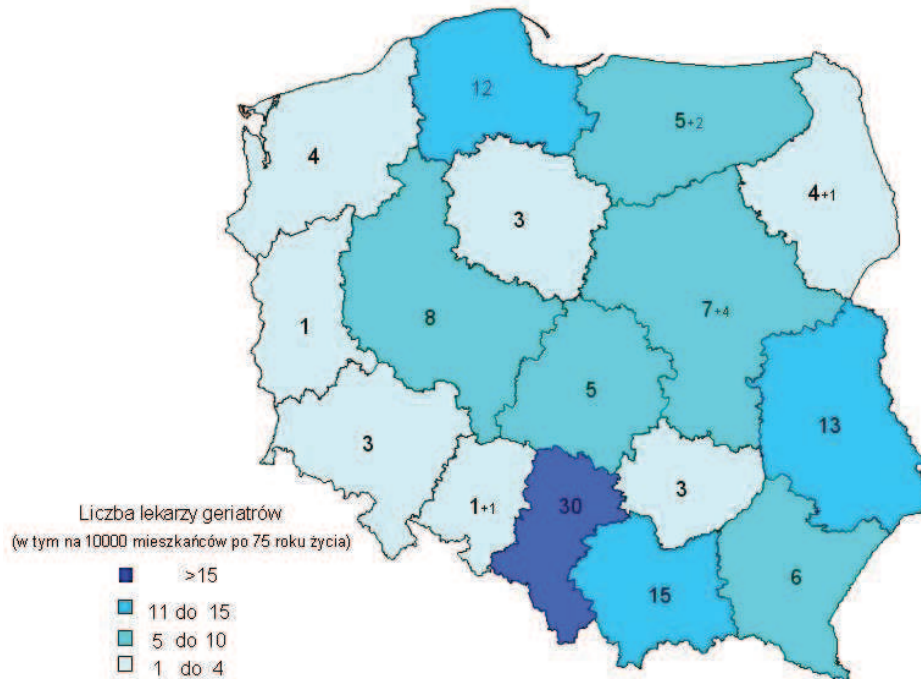
Wszystkie te i inne nieopisane zawody związane z opieką nad osobami starszymi „spina” pojęcie geriatрії. Geriatria nie jest obowiązkowym przedmiotem nauczania na polskich uczelniach medycznych, dlatego jedynie połowa uczelni medycznych ma możliwość wykładania fakultatywnie takiego przedmiotu w programie edukacji przeddyplomowej przyszłych lekarzy, specjalizowania geriatrów, szkolenia lekarzy rodzinnych oraz publikowania prac badawczych. Ponadto, niektóre uczelnie realizujące przedmiot „geriatria” wykładają go tylko

teoretycznie z powodu braku klinicznej bazy łóżkowej. Ma to swoje konsekwencje również dla jakości kształcenia gerontologicznego innych zawodów – pielęgniarek, fizjoterapeutów i pozostałych praktyków geriatrycznych. Studenci tych kierunków nie mają wystarczających możliwości nabywania podstawowej wiedzy i umiejętności z zakresu geriatrii i gerontologii, absolwenci zaś nie mogą odbywać podyplomowych staży geriatrycznych w ramach specjalizacji z medycyny rodzinnej ani podejmować specjalizacji z geriatrii. Jednocześnie rozwijanie geriatrii w Polsce w zakresie bazy, kadry i sieci usług staje się koniecznością ze względu na nieodwracalne zmiany demograficzne.[16, s 153-154] Ta dyscyplina medyczna odpowiada zarówno wyzwaniom demograficznym najbliższej przyszłości, jak i złożonym potrzebom osób starzejących się, starszych, a także ich opiekunów rodzinnych.

W obecnej sytuacji jednak potencjalnie wysokie zapotrzebowanie na opiekę geriatryczną w Polsce nie może być zaspokojone z powodu **deficytu bazy i kadry geriatrycznej na poziomie akademickim** (edukacja przed- i podyplomowa) oraz usługowym (świadczenie usług geriatrycznych) [16, s.151-154]. Brakuje danych o liczbie geriatrów w Polsce. Można spotkać się ze stwierdzeniem, że jest ich czterokrotnie mniej niż potrzeba. W Polsce nie ma jednak miejsc pracy dla lekarzy geriatrów. W niektórych dzielnicach dużych miast, gdzie niemal połowa mieszkańców zbliża się do 70. roku życia, **nie ma poradni geriatrycznych**. Zarządzający szpitalami **nie widzą potrzeby, by tworzyć w swoich placówkach oddziały geriatryczne**. Geriatra kojarzy się bowiem z osobą zajmującą się umierającymi, a nie z lekarzem specjalistą od poprawy jakości życia ludzi starszych.

Według informacji z Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie i Centrum Egzaminów Medycznych w Łodzi, w Polsce do grudnia 2006 roku wydano 174 specjalizacje z geriatrii. Czynnych zawodowo było około 120 geriatrów. Spośród tak małej liczby geriatrów zaledwie około 70 osób pracowało zgodnie ze specjalizacją, a w trakcie specjalizacji było około 36 osób, zaś liczba łóżek geriatrycznych wynosiła 525, a liczba poradni geriatrycznych 94. Brakuje informacji o pozostałej grupie osób, które uzyskały specjalizację w zakresie geriatrii, wydawaną w Polsce od ponad 20 lat.

Rysunek 2.



Liczba lekarzy geriatrów – stan na luty 2007 roku
(120 osób czynnych zawodowo) (+8 osób na emeryturze)

Źródło: [18]

W województwie podlaskim kształceniem osób wykonujących zawody medyczne zajmują się:

- Państwowa Wyższa Szkoła Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży - kształci na kierunku pielęgniarstwo,
- Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Suwałkach - kształci na kierunku pielęgniarstwo,
- Uniwersytet Medyczny w Białymstoku - kształci na kierunku: analityka medyczna, farmacja, kierunek lekarski, pielęgniarstwo, lekarsko-dentystyczny, położnictwo, elektroradiologia, fizjoterapia, ratownictwo medyczne, dietetyka,
- Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży - kształci na kierunku pielęgniarstwo,
- Wyższa Szkoła Kosmetologii i Ochrony Zdrowia w Białymstoku - kształci na kierunku pielęgniarstwo, ratownictwo medyczne, fizjoterapia.

Ponadto można wymienić następujące szkoły policealne:

- Policealna Szkoła Medyczna Towarzystwa Wiedzy Powszechnej w Łomży - kierunki kształcenia: ratownik medyczny, masażysta,
- Policealna Szkoła Medyczna w Suwałkach - kierunki kształcenia: technik masażysta, ratownik medyczny, terapeuta zajęciowy, opiekun medyczny, asystent osoby niepełnosprawnej, technik usług kosmetycznych,
- Szkoła Policealna nr 1 Ochrony Zdrowia w Białymstoku - kierunki kształcenia: asystentka stomatologiczna, dietetyk, opiekun medyczny, oroptystka, protetyk słuchu, technik dentystyczny, technik elektroradiolog, technik farmaceutyczny, technik masażysta,
- Szkoła Policealna nr 2 Pracowników Medycznych i Społecznych w Białymstoku - kierunki kształcenia: ratownik medyczny, terapeuta zajęciowy, opiekunka dziecięca, opiekun w domu

pomocy społecznej, opiekunka środowiskowa, asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun medyczny,

- Szkoła Policealna Ochrony Zdrowia w Łomży - kierunki kształcenia: technik farmaceutyczny, technik masażysta, ratownik medyczny, terapeuta zajęciowy, asystentka stomatologiczna, opiekun medyczny,
- Policealna Szkoła Medyczna Dehag Extra - kierunki kształcenia: opiekun medyczny, ratownik medyczny, technik masażysta.

Dodatkowo sektor medyczny tworzony jest przez wszystkie osoby pracujące w przedsiębiorstwach, które nie wykonują zawodu medycznego. Na potrzeby sektora Politechnika Białostocka kształci w zakresie inżynierii biomedycznej. Brakuje informacji o liczbie studentów oraz absolwentów z uwzględnieniem specjalizacji.

Co ważne, osoby pracujące z ludźmi starszymi w zakresie ich rehabilitacji powinny mieć z jednej strony stosowne wykształcenie, w tym odpowiednią specjalizację kierunkową, z drugiej zaś powinny mieć do tego predyspozycje.

Przykładowo w literaturze przedmiotu wskazuje się na następujące rodzaje kompetencji instruktorów rekreacji ruchowej [14]:

1. Kompetencje prakseologiczne – powinien mieć wszechstronną wiedzę dotyczącą fizjologicznego procesu starzenia się organizmu, przeciwwskazań i wskazań do podejmowania określonych form ruchu, dawkowania obciążeń i czasu trwania poszczególnych części treningu. Ponadto, jako organizator zajęć, powinien także umieć dobierać określone metody i formy ruchu do potrzeb i możliwości odbiorców, jak również oceniać skuteczność działań.
2. Kompetencje komunikacyjne – powinien nie tylko mówić, ale też słuchać. Jest to bardzo ważne w kontaktach z seniorem. Dbając o poprawne stosunki z uczestnikami zajęć, powinien być w stanie stymulować aktywność seniora i wpływać na zmianę jego postawy. Dzięki dialogowi może dowiedzieć się o bieżącym samopoczuciu ćwiczącego, co umożliwia mu dopasowanie treningu do stanu zdrowia osoby starszej w danym dniu. Komunikacja to także odpowiedni dobór stylu kierowania grupą osób ćwiczących.
3. Kompetencje współdziałania – powinien dążyć do zintegrowania grupy poprzez stałe dowartościowywanie jej członków, nie zaś zakazywanie. Powinien również korzystać z ich opinii przy realizacji programu.
4. Kompetencje kreatywne – oznaczają stałe dążenie do twórczego działania, wprowadzania nowości, jeśli chodzi o samą jednostkę zajęciową czy też formę rekreacji ruchowej: zajęcia z *nordic walking*, pilates, ćwiczenia na piłkach, *aqua-aerobic* dla seniorów czy gry i zabawy taneczne. Ważne jest stałe doszkalanie się z coraz to nowych, dostępnych i bezpiecznych dla seniorów form ruchu, by urozmaicać zajęcia. Od kreatywności instruktora zależy, jak będą wyglądały zajęcia i na ile będą one atrakcyjne.
5. Kompetencje moralne – oznaczają, że powinna to być osoba wrażliwa w kontaktach międzyludzkich.
6. Kompetencje informatyczne – oznaczają, że powinien się stale naukowo dokształcać, zdobywać wiedzę z zakresu gerontologii i dzielić się nią z innymi.

Usuwanie dzięki fizjoterapii procesów chorobowych oraz zapobieganie nawrotom, stosowanie masażu leczniczego w celach poprawy ogólnej „kondycji” tkanek, łagodzenie bólu, zapewnienie opieki pielęgniarskiej, a przy tym wszystkim uwzględnienie stanu zdrowia osoby rehabilitowanej wymagają nie tylko odpowiedniego wykształcenia, ale i cech osobowości. Ponadto konieczna jest współpraca lekarzy geriatrów z innymi specjalistami. Rozwój sektora rehabilitacji geriatrycznej pozwoliłby na osiągnięcie korzyści związanych z upowszechnianiem wiedzy o zapisanych powyżej kwestiach, a co za tym idzie, na lepsze zaspokojenie potrzeb osób starszych w tym zakresie. Jednocześnie należy uznać, że brakuje kadry i odpowiednich regulacji prawnych

związanych z tym, jakie zawody są ważne z punktu widzenia opieki nad osobami starszymi. Prawdopodobieństwo zmiany w tym zakresie wydaje się umiarkowane, zaś obecną sytuację należy traktować raczej jako zagrożenie dla rozwoju sektora.

4.2.4.3 Emigracja kadry

W wyniku akcesji Polski do Unii Europejskiej nastąpiła poprawa w zakresie uznawalności dyplomów i kwalifikacji zawodowych profesji medycznych. Sprawilo to, że zwiększyła się skala mobilności pracowników ochrony zdrowia. Zagadnienie migracji lekarzy i pielęgniarek stało się istotnym tematem o wymiarze politycznym i społecznym. Skala i ewentualne skutki zjawiska migracji personelu medycznego podlegają monitorowaniu w wielu krajach. Wyniki badań prowadzonych przez Światową Organizację Zdrowia mówią o „światowym kryzysie zasobów kadr medycznych”. Ministerstwo Zdrowia realizuje „Program monitorowania zjawiska migracji polskich lekarzy, pielęgniarek i położnych po przystąpieniu Polski do Unii Europejskiej” [67]. Celem programu jest ocena aktualnej skali i przyczyn migracji personelu medycznego do pracy za granicą w okresie po 1 maja 2004 roku oraz ewentualnych skutków tej migracji dla systemu ochrony zdrowia w Polsce.

Emigracja polskich lekarzy i pielęgniarek jest zjawiskiem negatywnym. Pomimo że według aktualnej oceny sytuacji nie jest to zjawisko masowe, to spowodowało dużą utratę wykwalifikowanego personelu medycznego. Migracja lekarzy dotyczy w przeważającej większości grupy specjalistów. Skutkiem migracji, już obecnie odczuwalnym w systemie ochrony zdrowia, jest deficyt specjalistów w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii, mimo systematycznego kształcenia w tej specjalizacji.

Monitorowanie zjawiska migracji dotyczy lekarzy, pielęgniarek i położnych ze względu na strategiczne znaczenie tych grup zawodowych w ochronie zdrowia. Zadania wynikające z przyjętych celów i założeń programu w 2006 roku realizowane były we współpracy z przedstawicielami samorządów zawodowych.

Przeważająca większość lekarzy zainteresowana podjęciem pracy za granicą posiada kwalifikacje specjalisty. Największy procent wydawanych zaświadczeń o kwalifikacjach zawodowych niezbędnych do podjęcia pracy w innych krajach Unii Europejskiej dotyczy lekarzy ze specjalizacją w zakresie:

- anestezjologia i intensywna terapia (15,69%),
- chirurgia plastyczna (14,79%),
- chirurgia klatki piersiowej (12,84%),
- medycyna ratunkowa (11,14%).

Naczelna Izba Lekarska prowadzi rejestr lekarzy i lekarzy dentystów posiadających prawo wykonywania zawodu, który jednocześnie identyfikuje liczbę aktywnych zawodowo lekarzy w kraju. Liczba lekarzy aktywnych zawodowo według stanu na dzień 31 grudnia 2005 roku wynosiła 115 296 osób i była wyższa od liczby lekarzy zatrudnionych w zakładach opieki zdrowotnej (76 046) o około 40 tys. osób. W stosunku do liczby lekarzy aktywnych zawodowo w kraju tylko 66% jest zatrudnionych w zakładach opieki zdrowotnej. W okresie 2 lat od przystąpienia Polski do Unii Europejskiej o 5 274 osób wzrosła liczba lekarzy ze specjalizacją, aktywnych zawodowo na terenie kraju. Wzrost tej liczby dotyczy również tych specjalności, w których wydano największą liczbę zaświadczeń w celu podjęcia ewentualnej pracy za granicą.

By ocenić aktualny stan zabezpieczenia kadr medycznych, Minister Zdrowia wystąpił do wojewodów o przedstawienie danych na temat braków kadrowych w zakładach opieki zdrowotnej. Badanie ankietowe miało na celu określenie liczby wolnych etatów dla lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarek i położnych według stanu na dzień 30 maja 2006 roku. Z uzyskanych danych wynika, że w zakładach opieki zdrowotnej występują duże braki kadrowe w zawodzie lekarza (około 4 113 etatów) oraz w zawodzie pielęgniarki (3 541 etatów). Są to najniższe wskaźniki zatrudnienia lekarzy i pielęgniarek na 1000 mieszkańców w stosunku do innych krajów Unii

Europejskiej. Do tego 4953 pielęgniarek i położnych zarejestrowanych jako bezrobotne nie podejmuje pracy w swoim zawodzie pomimo wolnych etatów w zakładach opieki zdrowotnych, a wśród aktywnych zawodowo pielęgniarek i położnych około 60% jest w grupie wiekowej powyżej 40. roku życia. Ponadto obserwuje się odchodzenie od zawodu pielęgniarek bezpośrednio po uzyskaniu dyplomu, a coraz większa liczba absolwentów wydziału lekarskiego podejmuje pracę w firmach farmaceutycznych lub innych jednostkach poza zakładami opieki zdrowotnej. Według liczby wydawanych zaświadczeń o kwalifikacjach zawodowych pracę za granicami kraju mogło podjąć około 5114 lekarzy, 1581 lekarzy dentystów oraz 5912 pielęgniarek.

W najbliższych latach kryzys kadr medycznych w Polsce może się pogłębiać. Tymczasem zmiany demograficzne ludności Polski będą w dalszym ciągu generować zwiększanie się potrzeb na świadczenia zdrowotne. Uzasadnieniem takiego wniosku są wyniki badań WHO. W opinii WHO niedobór w zakresie personelu medycznego będzie się nasilał we wszystkich krajach świata – zarówno biednych, jak i bogatych [67]. Badania i szacunki WHO wskazują, że na świecie jest 59,2 mln pracowników ochrony zdrowia zatrudnionych na cały etat, przy czym około 70% tej liczby to pracownicy medyczni bezpośrednio realizujący świadczenia zdrowotne, a nieco ponad 30% to kadra zarządzająca i personel pomocniczy. Na świecie brakuje około 4,25 mln pracowników medycznych. Istniejące współcześnie szkoły medyczne i pielęgniarskie nie są w stanie wykształcić wystarczającej liczby pracowników, którzy mogliby zaspokoić potrzeby zdrowotne pacjentów.

Zwiększenie wynagrodzenia pracowników medycznych może być jednym z głównych sposobów przeciwdziałania emigracji lekarzy i pielęgniarek. Jednak obecna sytuacja na rynku pracy zawodów medycznych w Polsce i pozostałej części Unii Europejskiej stanowi poważne zagrożenie dla rozwoju sektora rehabilitacji. Wskazuje niewątpliwie na niedobór kadr i duże prawdopodobieństwo pogłębiania się tego problemu.

4.2.5 Czynniki środowiskowe

4.2.5.1 Położenie geograficzne województwa

Województwo podlaskie zajmuje powierzchnię 20 180 km², co stanowi 6,4% obszaru kraju. Położone jest w północno-wschodniej części Polski. Obszar województwa jest na ogół krainą równinną o średniej wyniosłości około 150 m n.p.m. Głównymi rzekami są: Narew, Biebrza, Bug. Większe jeziora to: Wigry, Białe, Sajno, Rajgrodzkie, Necko. Ponadto część regionu pokryta jest dużymi kompleksami leśnymi o powierzchni 5912,74 km², co stanowi 29,3% powierzchni województwa. Do największych kompleksów leśnych należą puszcze: Białowieska, Knyszyńska, Augustowska.

Województwo graniczy z trzema województwami: warmińsko-mazurskim, mazowieckim i lubelskim, oraz z Białorusią i Litwą [131]. Przygraniczne położenie województwa stwarza możliwości do rozwoju ruchu turystycznego, w tym turystyki tranzytowej, oraz wzajemnej współpracy z państwami sąsiednimi. Region pod względem geograficznym położony jest w środku Europy i rozciąga się wzdłuż Niziny Podlaskiej, sąsiadującej z Pojezierzem Mazurskim i Niziną Mazowiecką. Posiada korzystne położenie pod względem ważnych szlaków tranzytowych z zachodu na wschód i z południa na północ Europy.

Z punktu widzenia rozwoju sektora rehabilitacji geriatrycznej ważne wydaje się położenie w sąsiedztwie Druskiennik – największego nowoczesnego uzdrowiska na Litwie. W okresie międzywojennym Druskienniki skutecznie rywalizowały z Ciechocinkiem czy Krynicią. Szczytowy rozwój uzdrowiska przypadał na czasy powojenne, kiedy to wzniesiono osiem dużych sanatoriów, nowoczesny zakład przyrodoleczniczy i liczne budynki użyteczności publicznej. Po odzyskaniu niepodległości Litwy i ograniczeniu napływu gości ze Związku Radzieckiego uzdrowisko już w warunkach gospodarki rynkowej zaczęło oferować usługi zdrowotne, sportowe, turystyczne, wypoczynkowe oraz organizację konferencji. Sanatoria i agencje turystyczne rozwinęły rynek

w krajach Europy. Szczególnie szybki rozwój uzdrowiska ma miejsce w ostatnich latach – przyciąga ono prywatne inwestycje oraz skutecznie bierze udział w projektach Unii Europejskiej [23]. Dziś w Druskiennikach leczy się kilkadziesiąt chorób i dolegliwości m.in. schorzenia układu pokarmowego i krążenia, choroby kobiece i reumatyczne, zwyrodnienia stawów i kręgosłupa, rozmaite nerwice. Poza tym stosuje się borowiny, kąpiele mineralne, masaże klasyczne i podwodne, gimnastykę leczniczą, fizykoterapię, inhalacje i wiele innych zabiegów. Uzdrowisko ma kilkanaście sanatoriów, największe to: Lietuva, Draugyste, Baltarusija, Egle, Zilvinas, Nemunas i Vilnius [24].

Na terenie kraju województwo sąsiaduje z Mazurami, uznanymi za obszar cechujący się znaczącym potencjałem turystycznym z uwagi na dużą liczbę jezior. Jest tu ponadto wydzielony teren uzdrowiska w Gołdapi. Na Lubelszczyźnie istnieją zaś znane uzdrowiska w Nałęczowie i Krasnobrodzie oraz liczne ośrodki typu SPA. Natomiast na terenie województwa mazowieckiego znajduje się teren uzdrowiska w Konstancinie Jeziornej.

Położenie województwa podlaskiego może sprzyjać rozwojowi sektora rehabilitacji geriatrycznej. Ze strony ośrodków znajdujących się w sąsiedztwie można spodziewać się presji konkurencyjnej, jednak może ona być jedynie impulsem do intensywniejszego rozwoju tego sektora w województwie. Należy ponadto zwrócić uwagę, że **województwo podlaskie położone jest na nizinie**, a to szczególnie pozytywnie wpływa na szanse rozwoju rehabilitacji dla osób, które mają problemy kardiologiczne. Występowanie tego typu schorzeń uniemożliwia korzystanie dobrodziejstwa klimatu panującego w górach, ze względu na różnicę ciśnienia atmosferycznego.

4.2.5.2 Klimat i zmiany pogodowe

Czynniki klimatyczne są elementem zewnętrznych uwarunkowań rozwoju sektora, które mają szczególnie duże znaczenie dla krajów o niestabilnym klimacie. W Polsce panuje klimat umiarkowany o charakterze przejściowym pomiędzy klimatem morskim a lądowym. W efekcie odznacza się on dużą „kapryśnością” pogody i znacznymi wahaniami w przebiegu pór roku w następujących po sobie latach. Klimat jest niejednorodny, co wywołuje spore trudności w prognozowaniu pogody. **Jeśli zaś chodzi o samo województwo podlaskie, a zwłaszcza jego północno-wschodnią część, to jest to jeden z najzimniejszych** – poza terenami górskimi – obszarów Polski. **Lata są tu łagodne i krótkie, natomiast zimy chłodne i długie.** Okres wegetacji jest krótki – od 185 dni na północy do 205 dni na południu. Średnie opady roczne wynoszą od 550 do 700 mm.

Z punktu widzenia rozwoju sektora rehabilitacji, uwzględniając zmiany klimatyczne, w tym krótki okres letni, konieczne jest tworzenie odpowiedniego rodzaju infrastruktury zapewniającej mimo gorszej pogody wypełnienie czasu wolnego osobom odwiedzającym.

Znaczenie może mieć tu również poszerzenie oferty związanej z już istniejącymi uzdrowiskami w Augustowie i Supraślu. Zdobycie statusu uzdrowiska było możliwe dzięki spełnieniu odpowiednich kryteriów, w tym związanych z tzw. klimatem o właściwościach leczniczych [91]. Przy ocenie leczniczych zasobów klimatu dokonuje się analizy rodzaju i natężenia różnych bodźców pogodowych, które oddziałują na organizm człowieka pozytywnie lub negatywnie. Bodźce te działają w sposób nieprzerwany z różnym natężeniem, zmiennym w czasie i przestrzeni. Wśród podstawowych elementów meteorologicznych oddziałujących na człowieka są: promieniowanie słoneczne i usłonecznienie, temperatura i wilgotność powietrza, ciśnienie atmosferyczne oraz ruch powietrza i opady. Ważne jest także zanieczyszczenie pyłowe i gazowe powietrza oraz zawartość pierwiastków śladowych i substancji biologicznych w powietrzu. Bodźce o charakterze klimatycznym wykorzystywane są w procesie leczenia uzdrowiskowego, w tym w podstawowych formach leczenia

klimatycznego (klimatoterapii), jakimi są [6, s.4-5]:

- helioterapia, która polega na kąpielach słonecznych (leżakowaniu lub siedzeniu), w bardzo lekkiej odzieży (szorty lub krótka spódnica, koszulka z krótkim rękawem, sandały i nakrycie głowy) w miejscu eksponowanym na promienie słoneczne,
- aeroterapia, polegająca na leżakowaniu lub siedzeniu w dni pochmurne (lub w miejscu zacienionym) w odzieży dostosowanej do temperatury otoczenia,
- kinezyterapia, czyli terapia ruchowa, podczas której pacjenci korzystają z bodźców klimatycznych, będąc w ruchu; działanie bodźców atmosferycznych jest wspomagane zwiększoną wentylacją płuc, a konieczność dostosowania się organizmu do zmieniających się warunków otoczenia usprawnia pracę układu oddechowego, krwionośnego i termoregulacyjnego, prowadząc do poprawy kondycji i odporności organizmu.

Ponadto bodźce klimatyczne ujmuje się w trzy podstawowe zespoły, a mianowicie [52]:

- zespół bodźców fizycznych,
- zespół bodźców chemicznych,
- zespół bodźców biologicznych.

Bodźce fizyczne obejmują: bodźce radiacyjne (promieniowanie słoneczne), termiczno-wilgotnościowe (temperatura i wilgotność powietrza), mechaniczne (wiatr, ciśnienie atmosferyczne), elektryczne (elektryczność atmosferyczna), akustyczne (hałas). Zespół bodźców chemicznych obejmuje różne składniki i domieszki występujące w powietrzu o składzie normalnym bądź też zmienionym przez zanieczyszczenia naturalne (nieorganiczne i organiczne) oraz sztuczne (antropogeniczne). Bodźce biologiczne to unoszące się w powietrzu różnego rodzaju i pochodzenia substancje chemiczne oraz cząstki roślin i zwierząt. Są to m.in. drobne cząstki roślin, pyłki roślinne, lekkie nasiona oraz różne mikroorganizmy (np. bakterie, wirusy, pierwotniaki, zarodniki grzybów) czy cząstki pochodzenia zwierzęcego (np. złuszczone naskórek, fragmenty sierści). Dla człowieka szkodliwe są te składniki aerozoli, które wywołują infekcje (bakterie, wirusy) lub alergie (grzyby, pleśnie, pyłki). Szczególne znaczenie w uzdrowiskach, w których duże tereny zajmują lasy, mają lotne substancje wydzielane przez rośliny (fitoncydy).

Na mocy przepisów ustawy [120], po złożeniu operatów uzdrowiskowych i spełnieniu wymagań określonych ustawą, decyzją Ministra Zdrowia status uzdrowiska w województwie podlaskim uzyskały dwie gminy: Augustów i Supraśl. W uzdrowisku Augustów prowadzone jest lecznictwo uzdrowiskowe w następujących kierunkach: choroby ortopedyczno-urazowe, choroby reumatologiczne, osteoporoza. Prowadzone są działania zmierzające do dalszego rozwoju leczniczej działalności uzdrowiskowej poprzez tworzenie nowych zakładów lecznictwa uzdrowiskowego, w tym sanatoriów, szpitali, przychodni uzdrowiskowych oraz nowych urządzeń w postaci pijalni, parków, łąk.

W uzdrowisku Supraśl potwierdzone zostały warunki naturalne i środowiskowe do prowadzenia lecznictwa uzdrowiskowego. Zostały opracowane również świadectwa naturalnych surowców leczniczych i klimatu w następujących kierunkach leczniczych: choroby ortopedyczno-urazowe, choroby reumatologiczne, choroby kardiologiczne i nadciśnienie, choroby górnych dróg oddechowych i choroby dolnych dróg oddechowych. Obecnie jednak nie jest tam prowadzone lecznictwo uzdrowiskowe. Powodem tego stanu jest brak zakładów lecznictwa uzdrowiskowego. Trwają prace mające na celu utworzenie zakładów lecznictwa uzdrowiskowego i pozostałej infrastruktury uzdrowiskowej. Utworzenie ich do 2013 roku warunkuje utrzymanie przez gminę Supraśl statusu uzdrowiska.

Można zauważyć, że od kilku lat w różnych częściach kraju występują obfite powodzie powodujące ogromne straty na zalanych terenach, obejmujące również obiekty turystyczne. Jednak nie tylko w Polsce zauważamy drastyczne zmiany warunków klimatycznych. Takie anomalie pogodowe dotyczą jeszcze bardziej

atrakcyjnych turystycznie rejonów świata: Hiszpanię i Grecję nękają pożary, Turcję trzęsienia ziemi, a kurorty na Florydzie huragany. Wszelkie niespodziewane, ale i te przewidziane, zmiany dokonujące się w atmosferze powodują ogromne szkody dla danego kraju, dotykając każdego sektora gospodarki.

Zmiany klimatyczne w Polsce są faktem. Anomalie pogodowe: huragany, trąby powietrzne, duże wahania temperatury, gwałtowne opady i długotrwałe susze stały się rzeczywistością [66]. Polska z racji swojego położenia geograficznego znajduje się w miejscu sprzyjającym ścieraniu się różnorodnych mas powietrza wpływających na kształtowanie się skrajnie różnych stanów pogody, a w rezultacie na cały klimat naszego kraju. Mieszają się tutaj masy powietrza polarno-morskiego znad północnego Atlantyku lub podzwrotnikowo-morskiego z rejonu Wysp Azorskich, typowo arktycznego znad Morza Arktycznego, polarno-kontynentalnego znad północnej części Europy Wschodniej oraz podzwrotnikowo-kontynentalnego znad południowo-zachodniej Azji. Na cyrkulację powietrza większy wpływ wywierają również tzw. ośrodki aktywności atmosferycznej, niż islandzki i podzwrotnikowy wyż azorski, w którym powstają wędrujące w kierunku wschodnim wiry powietrzne, nazywane inaczej depresjami barycznymi lub niżami. Zimą nad Polską formuje się jeszcze trzeci ośrodek baryczny – tzw. wyż euroazjatycki. Niemniej przez większą część roku w kraju przeważa cyrkulacja zachodnia, która związana jest nierozdzielnie z przesuwaniem się niżów barycznych ze strefy Oceanu Atlantyckiego. To wszystko sprawia, że klimat naszego kraju charakteryzuje się dużą zmiennością pogody i znacznymi wahaniami w przebiegu czterech pór roku w następujących po sobie latach [66].

Wcześniej w Polsce można było obserwować sześć pór roku: zimą, przedwiosnie, wiosnę, lato, słoneczną i ciepłą jesień oraz mgliste i deszczowe przedzimie. Obecnie widać wyraźne rozmycie się tych konkretnych okresów. Klimatolodzy z Instytutu Meteorologii i Gospodarki Wodnej w Warszawie zajmujący się badaniem i analizowaniem występujących w kraju anomalii pogodowych uważają, że w ciągu najbliższych kilkudziesięciu lat temperatura wzrośnie o 2 stopnie latem i około 6 stopni zimą.

Odchylenia temperatury i prędkości wiejących wiatrów oraz pojawianie się dotąd niewystępujących huraganów w stosunku do średnich miesięcznych, rocznych i wieloletnich, spowodowały wystąpienie wielu niekorzystnych zjawisk pogodowych np. długotrwałych susz (w latach: 1982, 1992, 1993, 1994, 2000 i 2001) oraz dużych powodzi (jak chociażby ta z lipca 1997 roku, która została uznana za największą od 500 lat). Z roku na rok wysychają bezpowrotnie jeziora, które miały i nadal mają ogromne znaczenie dla szeroko rozumianych ekosystemów i stosunków wodnych w otaczającym je regionie, nie mówiąc już o funkcjach gospodarczych. Sytuacja taka jest najbardziej zauważalna w południowej i południowo-wschodniej części kraju. Okazuje się, że globalny wzrost temperatury może również w Polsce doprowadzić do zmian w rozkładzie i obiegu opadów, tak w skali regionalnej, jak i ogólnokrajowej. Na przestrzeni ostatnich 12 lat klimatolodzy zaobserwowali, że w kraju zmieniła się dotychczasowa struktura opadów, co polega na tym, że w ciągu miesiąca występują 2-3 ulewy, a w pozostałym okresie obserwuje się wyraźne znamiona suszy [66].

W niedalekiej przyszłości spodziewany jest wzrost opadów w jednych regionach, a w innych – spadek, zwiększenie się parowania, zmniejszony odpływ oraz redukcja zimowej pokrywy śnieżnej. Następstwa tych zmian będą miały znaczący wpływ na środowisko naturalne całego kraju. Prawdopodobnie zmiany temperatury powietrza i obiegu wody w środowisku naturalnym pociągną za sobą poważne konsekwencje zarówno w odniesieniu do funkcjonowania większości ekosystemów, jak i działalności gospodarczej człowieka. W związku z tym należy się spodziewać zwiększenia częstości występowania wszelkiego rodzaju anomalii pogodowych (upałów, susz, powodzi, huraganowych wiatrów, trąb powietrznych, gradobii, gwałtownych ulew) i dostosować do tych zmieniających się warunków klimatycznych funkcjonowanie różnych sektorów gospodarki, w tym także sektora rehabilitacji geriatrycznej w kontekście uniezależnienia się od zmian pogodowych w województwie.

Jednocześnie niezbędne jest zwrócenie uwagi na **korzyści wynikające potencjalnie z samego**

podniesienia się temperatury powietrza, co sprzyjałoby rozwojowi także turystyki na tym terenie. Ze względu jednak na zmienną niejednoznaczność kierunków zmian klimatycznych trudno oceniać ich wpływ na pogodę i klimat w województwie.

4.2.5.3 Występowanie określonych gatunków roślin i zwierząt

Przez województwo przebiegają granice zasięgu wielu gatunków borealnych (północnych) oraz środkowo- i zachodnioeuropejskich. Występuje tu ponad 1 000 gatunków roślin naczyniowych, 300 gatunków mszaków i wątrobowców, ponad 350 gatunków porostów i ponad 3 000 gatunków grzybów. Istotna jest tu również obecność ponad 20 gatunków drzew, wśród których dominują sosna i świerk. Jeśli zaś chodzi o zwierzęta, to występuje tu ponad 60 gatunków ssaków, ponad 260 gatunków ptaków, 7 gatunków gadów, 12 gatunków płazów, 27 gatunków ryb oraz ponad 9 000 gatunków owadów. Szczególne znaczenie ma żubr (*Bison bonasus*), który żyje w dwóch stadach w naturalnym środowisku leśnym Puszczy Knyszyńskiej (15 sztuk) i Białowieskiej (około 300 sztuk). Na uwagę zasługuje również największy przedstawiciel gryzoni, jakim jest bóbr (około 10 000 sztuk), obecnie występujący w przeważającej części województwa. Ponadto występują tu ptaki rzadkie bądź zagrożone wyginięciem w skali kraju, a nawet Europy (głuszec, cietrzew, rybołów, wodniczka). Wyjątkowo duża jest populacja bociana białego, którego liczebność w województwie szacuje się na około 6 000 par.

Prawie 32,0% powierzchni województwa objęte jest różnymi formami ochronnymi, co stawia pod tym względem województwo podlaskie w ścisłej czołówce kraju. Obecne są tu [70]:

- 4 parki narodowe: Białowieski, Biebrzański, Narwiański i Wigierski, o łącznej powierzchni 92 031 ha,
- 3 parki krajobrazowe: Łomżyński Park Krajobrazowy Doliny Narwi, Park Krajobrazowy Puszczy Knyszyńskiej i Suwalski Park Krajobrazowy, o łącznej powierzchni 88 084,5 ha,
- 85 rezerwatów przyrody o łącznej powierzchni 14 015 ha,
- 15 obszarów chronionego krajobrazu o łącznej powierzchni 471 761 ha,
- 249 użytków ekologicznych o łącznej powierzchni 3 085 ha,
- zespół przyrodniczo-krajobrazowy o łącznej powierzchni 60 ha,
- 2 stanowiska dokumentacyjne o łącznej powierzchni 0,6 ha,
- 2038 pomników przyrody.

Ponadto, z uwagi na unikatowe walory przyrodnicze, Białowieski Park Narodowy został uznany przez UNESCO w 1977 roku za Światowy Rezerwat Biosfery, a od 1979 roku – jako jedyny polski obiekt przyrodniczy – znajduje się na liście Światowego Dziedzictwa Ludzkości. Od 1992 roku zaś znaczna część Puszczy Białowieskiej funkcjonuje na liście jako jeden z siedmiu na świecie i trzech w Europie polsko-białoruski transgraniczny Obiekt Dziedzictwa Światowego UNESCO.

Wyróżnione w województwie tereny powiązano w spójny, wieloprzestrzenny ekologiczny system obszarów chronionych, utrwalony w miejscowych planach zagospodarowania przestrzennego gmin, obejmujący w 2007 roku 32,0% powierzchni całego województwa (w kraju 32,3%); na 1 mieszkańca przypada 5 409 m² (w kraju 2650 m²).

Z uwagi na przywiązywanie przez Unię Europejską wagi do wysokich standardów ochrony środowiska, kraje członkowskie Unii zobligowane są do utworzenia spójnej sieci ekologicznej obszarów chronionych w ramach kształtowania sieci ekologicznej Natura 2000. Wdrażanie **Europejskiego Systemu Obszarów Chronionych – Natura 2000 w województwie podlaskim obejmuje około 26,0% powierzchni regionu** [100, s.5].

Ze względu na unikatowe wartości przyrodnicze cały obszar województwa został ponadto włączony do

ekoregionu „Zielone Płuca Polski”. Obszar objęty tym porozumieniem działań na rzecz ekorozwoju zajmuje obecnie 63 235 km², co stanowi około 20,0% powierzchni kraju, a zamieszkuje go prawie 4 mln osób, co stanowi 9,7% ludności kraju. Położony jest w północno-wschodniej jego części, obejmuje województwa warmińsko-mazurskie i podlaskie oraz części województw: mazowieckiego, kujawsko-pomorskiego i pomorskiego. Podstawą delimitacji obszaru były jedne z najcenniejszych w kraju i Europie systemy ekologiczne. Ze względu na pragmatykę realizacji wspólnych przedsięwzięć umowną granicę zewnętrzną stanowią granice administracyjne gmin.

W dobie powszechnej globalizacji i postępującej unifikacji coraz większego znaczenia nabierają **obszary charakteryzujące się unikatowymi cechami środowiska przyrodniczego i kulturowego**. Unikatowość staje się wartością samą w sobie, którą trzeba chronić i pielęgnować, ale także umiejętnie wykorzystywać w ramach marketingu terytorialnego. Zielone Płuca Polski są unikatowym obszarem, który może stać się swoistym polskim „towarem eksportowym”.

Poza tym województwo jest strategicznym obszarem ochrony żubra. Żyje tu ponad 25,0% wszystkich wolno żyjących żubrów na świecie. W związku z tym w południowo-wschodniej części województwa realizowany jest „Program Żubr”, który ma na celu, obok ochrony żubra, wspomaganie rozwoju zrównoważonej turystyki na obszarze tzw. Krainy Żubra w oparciu o przyrodnicze i kulturowe atuty regionu [100, s.5].

Przedstawione walory przyrodnicze województwa wskazywać mogą na duże **szanse rozwoju turystyki krajoznawczej, tę zaś dobrze można powiązać z działaniem sektora rehabilitacji**. Zapewnienie atrakcji w postaci odwiedzin w Białowieskim Parku Narodowym może być dobrze skomponowane z oczekiwaniami osób poszukujących nie tylko usług leczniczych, ale także spokoju, wyciszenia i rozwoju duchowego. Istotna jest jednak rozbudowa infrastruktury, która pozwoli na uwypuklenie różnych atrakcji i ułatwienie dostępu do nich.

4.2.5.4 Stan środowiska naturalnego

Województwo podlaskie **należy do regionów o najczystszy stanie środowiska naturalnego**. Świadczą o tym niższe niż w innych częściach kraju wskaźniki w odniesieniu do zanieczyszczeń powietrza, ilości i jakości odprowadzanych ścieków, czystości wód, zarówno powierzchniowych, jak i podziemnych, oraz innych czynników wpływających na środowisko.

Jakość powietrza atmosferycznego

Jak wynika z danych Wojewódzkiego Inspektoratu Ochrony Środowiska w Białymstoku (WIOS) za rok 2007 [40, s.9-14], głównymi źródłami emisji zanieczyszczeń do powietrza są ciepłownie miejskie, przemysłowe oraz rozproszone źródła emisji z sektora komunalno-bytowego i zanieczyszczenia komunikacyjne. Na obszarze województwa największa emisja zanieczyszczeń do powietrza pochodzi ze źródeł zlokalizowanych w miastach. Do największych źródeł zanieczyszczenia powietrza atmosferycznego na terenie regionu zaliczono miasta: Białystok, Łomżę i Suwałki, gdzie zanieczyszczenia pochodzą głównie z miejskich przedsiębiorstw energetyki cieplnej oraz zakładów szczególnie uciążliwych. Według danych WIOS wielkość emisji przemysłowej z terenu województwa w przypadku zanieczyszczeń pyłowych wynosiła w 2007 roku 2,3 tys. Mg. Uległa ona obniżeniu w latach 2005-2007. Emisja zanieczyszczeń gazowych (z uwzględnionym po raz pierwszy benzo(a)pirenem) wyniosła w 2007 roku około 15,2 tys. Mg (bez CO₂).

Struktura emisji zanieczyszczeń według sektorów wykazuje, że głównym źródłem emisji SO₂ w województwie jest sektor zaopatrzenia w energię ciepłą. W działalności produkcyjnej największy udział w emisji SO₂ miały działy produkcji artykułów spożywczych i napojów, włókiennictwo, produkcja drewna

i wyrobów drewnianych. Źródłem emitowanych zanieczyszczeń pyłowych jest głównie energetyka. Także większość zanieczyszczeń gazowych w postaci SO_2 i NO_2 pochodzi z energetycznego spalania paliw.

Emisje związków benzenu i ołowiu wykazywane przez podmioty gospodarcze i wynikające z prowadzonej przez nie działalności stanowiły wartości marginalne. Jedynym istotnym źródłem tych zanieczyszczeń, a w szczególności benzenu, na obszarze województwa jest transport drogowy (spalanie paliw w silnikach samochodowych).

Porównując lata 2002-2007 można zauważyć, że w początkowym okresie nastąpił wzrost emisji zanieczyszczeń pyłowych i gazowych (SO_2 i NO_2) z terenu województwa. Kolejne lata przyniosły utrzymanie wartości emisji na zbliżonym poziomie. Jedynie w ostatnim roku odnotowano spadek emisji zanieczyszczeń gazowych, a przyczyną tego zjawiska może być wyższa niż w roku ubiegłym temperatura powietrza.

Na stanowiskach pomiarowych zlokalizowanych na terenie województwa podlaskiego w 2007 roku nie stwierdzono przekroczeń dopuszczalnych poziomów zanieczyszczeń dla kryteriów ochrony zdrowia i ochrony roślin. Wcześniejsze oceny (2005-2006) pokazywały problem z dotrzymaniem normy dla pyłu zawieszonego PM_{10} w strefach powiatów grodzkich: miasta Białystok oraz miasta Łomża. W 2007 roku zanotowano również przekroczenia dobowe poziomu dopuszczalnego dla pyłu PM_{10} , jednakże było ich mniej niż w latach ubiegłych (dopuszcza się przekroczenie poziomów dobowych 35 razy w roku). Mogło to być spowodowane specyficznymi warunkami klimatycznymi – stosunkowo ciepłą zimą, co miało wpływ na zmniejszenie ilości spalonego paliwa w celach grzewczych. Ponadto w klasyfikacji, ze względu na ochronę roślin, nie wystąpiły na terenie województwa strefy z przekroczeniami poziomów dopuszczalnych.

W odniesieniu do oceny poziomów celów długoterminowych w 2007 roku stwierdzono przekroczenia poziomów ozonu dla kryteriów ochrony roślin i ochrony zdrowia (w latach 2004-2006 notowano przekroczenia normy ozonu, jednakże nie dały one wówczas podstaw do zasygnalizowania tego problemu ze względu na brak wymaganej, pełnej, trzyletniej serii pomiarowej). Dane uzyskane w 2007 roku dowodzą, że na terenie województwa występuje problem z dotrzymaniem norm tego zanieczyszczenia. Należy jednak zauważyć, że jest to problem globalny, wywołany antropogeniczną emisją chlorowców. Obserwowane istotne spadki zawartości ozonu w stratosferze nad Polską występujące wcześniej jedynie zimą i wiosną, zaczynają pojawiać się obecnie w ciągu całego roku. Ogólnie w ocenie dotrzymania poziomów docelowych nie zanotowano przekroczeń, jednakże przeprowadzone wstępnie badania benzo(a)pirenu zasygnalizowały problem z dotrzymaniem normy dla stref powiatów grodzkich miasta Łomża i miasta Suwałki. W ocenie za 2007 rok nie podjęto decyzji o obniżeniu klasyfikacji stref dla tego zanieczyszczenia ze względu na brak pełnej serii pomiarowej.

Pomimo wymienionych lokalnych problemów jakościowych **powietrza jego ocena w skali województwa wskazuje, że jest to rejon o najwyższych standardach jakościowych.**

Jakość wód

Na terenie regionu znajdują się 54 większe rzeki, które objęte są systematycznymi badaniami monitoringowymi z racji ich wykorzystania gospodarczego lub ochrony przed zanieczyszczeniami. Całkowita długość rzek objętych regularną kontrolą WIOŚ wynosi łącznie 1819,9 km. Na obszarze województwa podlaskiego występuje znaczna liczba naturalnych zbiorników wód stojących zlokalizowanych głównie w jego północnej części. Liczbę jezior szacuje się na około 280 (o powierzchni powyżej 1 ha) [40, s.14].

Na podstawie badań przeprowadzonych w 2007 roku opracowano klasyfikację ogólną czystości wód płynących województwa podlaskiego, która przedstawia się następująco:

- brak wód o jakości bardzo dobrej (I klasa czystości) i dobrej (II klasa) (podobnie jak w 2006 roku),
- wody o zadowalającej jakości (III klasa) wystąpiły w 16 profilach pomiarowych – 23,2% profili zbadanych (w 2006 roku 42,4%),

- wody o niezadowalającej jakości (IV klasa) wystąpiły w 33 profilach pomiarowych – 47,8% profili zbadanych (w 2006 roku 42,4%),
- wody złej jakości (V klasa) wystąpiły w 20 profilach – 29% profili zbadanych (w 2006 – 15,2%).

W ostatnich latach obserwuje się systematyczne zmniejszanie wielkości ładunków zanieczyszczeń odprowadzanych do wód oraz zahamowanie postępującej ich degradacji. Obserwowany trend jest uwarunkowany m.in. ograniczeniem wodochłonności i modernizacją procesów produkcyjnych, modernizacją oczyszczalni ścieków oraz zwiększeniem efektywności procesów oczyszczania.

Dostrzega się także dużą aktywność inwestycyjną gmin w zakresie porządkowania gospodarki ściekowej poprzez budowę kanalizacji sanitarnej w miastach i wsiach gminnych. Rośnie liczba ludności wiejskiej obsługiwanej przez oczyszczalnie gminne z 8,7% w 2000 roku do 16,7% w 2007 roku.

W obrębie województwa podlaskiego znajduje się około 280 jezior (o powierzchni powyżej 1 ha) o łącznej powierzchni blisko 148-154 km², z których w ramach monitoringu diagnostycznego WIOŚ do 2007 roku (włącznie) przebadano dotychczas 139 zbiorników. Powierzchnia jezior województwa podlaskiego jest zróżnicowana – największym zbiornikiem tego obszaru są Wigry – 2 118,3 ha. Wśród zbiorników występują 34 jeziora o powierzchni powyżej 100 ha, 26 jezior o powierzchni 50-100 ha i 48 jezior o powierzchni 20-50 ha.

W 2007 roku przebadano 14 jezior w 18 profilach pomiarowo-kontrolnych. Siedem jezior zbadano w monitoringu diagnostycznym, cztery w reperowym (badania coroczne) oraz po jednym w monitoringu interwencyjnym, badawczym i lokalnym. Żadne z przebadanych jezior nie posiadało I klasy czystości wód, a 13 jezior charakteryzowało się wodami zaliczonymi do II klasy czystości. Spośród przebadanych 139 jezior ogólny stan czystości większości z nich odpowiadał II klasie czystości – są to jeziora średnio zanieczyszczone w granicach umiarkowanej eutrofii.

Wody podziemne ze względu na duże zasoby oraz wysoką jakość są bardzo ważnym źródłem zaopatrzenia w wodę pitną. Duże znaczenie gospodarcze oraz występujące powszechnie zagrożenie wód podziemnych, a także brak możliwości ich szybkiego odnawiania wymuszają stałą kontrolę ich jakości. Główne zasoby wód podziemnych w województwie podlaskim zgromadzone są w 3 udokumentowanych zbiornikach: pradoliny rzeki Biebrzy (GZW-217), pradoliny rzeki Supraśli (GZW-218) i Sandru Kurpie (GZW-216). W województwie podlaskim poziomy wodonośne wrażliwe na zanieczyszczenia z powierzchni terenu zajmują prawie 8% obszaru, umiarkowanie wrażliwe około 71%, natomiast pozostałe 21% to poziomy dość dobrze izolowane. Na podstawie badań przeprowadzonych w 2007 roku stwierdzono, że na 46 przebadanych otworów 69,5% charakteryzowało się dobrą jakością wód – klasa I, II i III (w 2006 roku 65% otworów), pozostałe 30,5% odznaczało się niezadowalającą i złą jakością wód – klasa IV i V (35% otworów). Jakość wód podziemnych ogólnie należy określić jako dobrą.

Wytwarzanie i oczyszczanie ścieków

Według WIOŚ na terenie województwa w 2007 roku działało 109 komunalnych i 29 przemysłowych oczyszczalni ścieków [40, s.15-24]. Łączna ilość ścieków komunalnych i przemysłowych wymagających oczyszczania w województwie wyniosła w 2007 roku około 40,7 hm³. W latach poprzednich (2001-2006) wartości te były nieznacznie niższe i nie przekraczały 40 hm³ (jedynie w 2000 roku nieco ponad 40 hm³). W podziale na ścieki komunalne i przemysłowe oczyszczania wymagało ponad 34 hm³ komunalnych (84% wszystkich ścieków) oraz około 6,5 hm³ ścieków przemysłowych odprowadzanych do wód lub do ziemi – wartości te są nieznacznie wyższe niż w 2006 roku.

W 2007 roku oczyszczonych zostało 98,4% ścieków komunalnych i przemysłowych wymagających oczyszczania. Wskaźnik ten był nieznacznie niższy w porównaniu do lat 2004-2006, kiedy to ponad 99% ścieków wymagających oczyszczania zostało poddanych oczyszczaniu. Struktura oczyszczania ścieków

wykazuje pozytywne zmiany. W latach 2000-2001 przeważało oczyszczanie biologiczne, natomiast w ostatnich latach dominującym sposobem jest oczyszczanie biologiczne z podwyższonym usuwaniem biogenów. W 2007 roku tym sposobem oczyszczono 31 hm³ ścieków komunalnych i przemysłowych (76,0% wszystkich odprowadzanych do wód lub do ziemi), a dalsze 8,2 hm³ (około 20%) oczyszczono sposobem biologicznym. Niewielki odsetek stanowiły ścieki oczyszczane mechanicznie – 0,8 hm³ (około 2,0 2006 wskaźnik ten wynosił 0,44%, w 2005 – 0,75%).

Przepustowość komunalnych i przemysłowych oczyszczalni ścieków w 2007 roku wyniosła około 392 dam³/d, w tym z podwyższonym usuwaniem biogenów około 206 dam³/d, czyli około 52,6%. W latach 2000-2003 zauważalne jest wyraźne zmniejszenie łącznej przepustowości oczyszczalni, a następnie jej wzrost. Zmiany te stanowią rezultat szeregu inwestycji w postaci modernizacji procesów oczyszczania, zwiększania efektywności procesów oczyszczania oraz budowy nowych obiektów. Główne źródła zanieczyszczeń wód w województwie stanowią komunalne i przemysłowe oczyszczalnie ścieków – w ostatnich latach obserwuje się jednak systematyczne zmniejszanie wielkości ładunków zanieczyszczeń odprowadzanych do wód oraz zahamowanie postępującej ich degradacji. Wynika to z upadku wielu dużych zakładów państwowych oraz zmniejszenia wielkości produkcji i profilu produkcji. Oprócz tych negatywnych zjawisk w gospodarce, na obniżenie ilości wytwarzanych ścieków znaczny wpływ ma ograniczenie wodochłonności i modernizacja procesów.

Źródłem znacznego zanieczyszczenia wód powierzchniowych jest rolnictwo, które na terenach rolnych powoduje niekontrolowane spływy powierzchniowe substancji nawozowych i środków chemicznych. Zagrożenie dla jakości wód powierzchniowych występuje w szczególności, gdy sposób i terminy nawożenia są niewłaściwe lub niedostosowane do warunków meteorologicznych (opady). Czynniki te mogą mieć w przyszłości negatywny wpływ także na stan czystości wód podziemnych w zlewniach rolniczych. Wielkości ładunków zanieczyszczeń są trudne do oszacowania, jednakże dane statystyczne wskazują, iż w 2007 roku na 1 ha użytków rolnych zużycie nawozów wyniosło 89,3 kg NPK (w 2006 roku 91,5 kg NPK/ha). W przypadku nawozów wapniowych zaobserwowano znaczący wzrost ich zużycia w latach 2000-2005 (do 60 kg/ha w 2005 roku), a następnie gwałtowny spadek (do 11,7 kg w 2007 roku). Przyczyną zmiany może być ich cena. Obserwuje się jednak wzrost zużycia obornika (dane dostępne z lat 2003-2005) do poziomu prawie 80 kg/ha. Stosowanie do nawożenia obornika i gnojowicy może stanowić poważne zagrożenie dla jakości wód powierzchniowych. Także ścieki bytowe z gospodarstw rolnych są istotnym zagrożeniem dla środowiska wodnego. Są one często gromadzone w nieszczelnych szambach, z których zanieczyszczenia mogą przedostawać się do wód gruntowych oraz lokalnych cieków. Rolnictwo i gospodarka ściekowa na obszarach wiejskich mogą stanowić główne zagrożenie dla jakości wód w szczególności w małych zlewniach rzek oraz zlewniach jeziornych. Jednocześnie zauważa się wyraźny wzrost wskaźnika ludności wiejskiej korzystającej z oczyszczalni ścieków – jest on jednak nadal stosunkowo mały (16,7% w 2007 roku).

Gospodarka odpadami

W istniejących opracowaniach dotyczących gospodarki odpadami w województwie podlaskim zwraca się uwagę na kilka zasadniczych problemów i wyzwań, przed jakimi stoi region w tej sferze ochrony środowiska. Zostały one przedstawione w Tabeli 23. Problemy gospodarki odpadami w województwie podlaskim.

Tabela 23.
Problemy gospodarki odpadami w województwie podlaskim

Problem	Opis
Zbiórka odpadów	W bardzo niewielkim stopniu dokonywana jest selekcja i odzysk odpadów komunalnych.
Wysypiska	Istnieje wiele dzikich wysypisk odpadów, które lokowane są w przypadkowych miejscach (wyróbkach żwirowych, gliniankach, lasach). Zaśmiecone są pobocza dróg oraz tereny brzegowe rzek i jezior.
Unieszkodliwianie odpadów	Dominuje składowanie jako forma zagospodarowania odpadów, przy czym składowiska są słabo wyposażone.
Składowiska przemysłowe	Wiele odpadów przemysłowych trafia na składowiska komunalne ze względu na bardzo małą liczbę składowisk przemysłowych. Poza tym wiele odpadów magazynowanych jest na terenie zakładów przemysłowych.
Odbiorcy odpadów	Bardzo często odpady komunalne trafiają do tanich firm, które używają najprostszych form unieszkodliwiania odpadów, przede wszystkim składowania.

Źródło: [45].

Charakterystyczne dla województwa tendencje to stały wzrost ilości gromadzonych odpadów i jest stopniowa poprawa standardów gospodarki odpadami. Przy wzroście emisji odpadów o ponad 20,0% w stosunku do 2001 roku poziom ich odzysku w 2005 roku wzrósł o ponad 15,0%. Znamienny jest również spadek ilości odpadów składowanych, co przełożyło się na minimalny tylko wzrost ilości nagromadzonych odpadów składowanych. Odzyskowi podlegało w 2005 roku 86,0% odpadów, natomiast w 2001 było to 72,5%. Nastąpiła więc wyraźna poprawa gospodarki odpadami przemysłowymi. Co istotne, wskaźniki te są lepsze niż krajowe. W skali kraju w 2005 roku odzyskano nieco ponad 80,0% odpadów przemysłowych [45].

Może to świadczyć o szybszym niż w reszcie kraju dostosowywaniu gospodarki odpadami do zasady zrównoważonego rozwoju, a więc dążeniu do wtórnego wykorzystania odpadów i ograniczania skali najprostszych, i zarazem najbardziej uciążliwych dla środowiska, sposobów gospodarki nimi, z drugiej zaś strony może to być sygnał, że relatywnie niski poziom uprzemysłowienia województwa oznacza, że wyzwania związane z gospodarką odpadami są w województwie relatywnie łatwe, gdyż w niewielkiej tylko ilości są to odpady trudne do zagospodarowania. Przesłanką ku tej bardziej pesymistycznej ocenie województwa jest sytuacja w sferze gospodarki odpadami niebezpiecznymi.

Niekorzystnie na tle kraju przedstawia się struktura składowisk odpadów, gdzie jest ich relatywnie dużo, a ich powierzchnia jest niewielka. Liczba oficjalnie funkcjonujących wysypisk w województwie podlaskim wynosi 80, a ich powierzchnia to niespełna 144 hektary. Dla porównania w województwie pomorskim funkcjonuje 48 wysypisk, lecz ich powierzchnia jest dwukrotnie większa. Oznacza to, że standardy składowania odpadów prawdopodobnie są niższe niż w innych regionach kraju, ponieważ niewielkie wysypiska na ogół są słabiej wyposażone. Relatywnie mała powierzchnia wysypisk oznacza, że ich potencjalna uciążliwość dla środowiska też jest mniejsza.

Jednakże w wyniku przeprowadzonych w latach 2001-2003 przeglądów ekologicznych składowisk ustalono, że jedynie 13 składowisk posiada wszystkie wymagane prawem zabezpieczenia i wyposażenie niezbędne do prawidłowej i bezpiecznej dla środowiska eksploatacji. Do niezbędnej modernizacji obejmującej m.in. takie inwestycje, jak montaż wagi, budowę systemu odgazowywania, brodzika dezynfekcyjnego czy ogrodzenia, wytypowano 36 składowisk. Pozostałe składowiska zakwalifikowano jako obiekty, które należy zamknąć i zrehabilitować najpóźniej do 2009 roku, w tym 10 obiektów, które ze względu na możliwość powodowania dużego zagrożenia dla środowiska należało zamknąć i poddać rekultywacji niezwłocznie, co

uczyniono. Stan składowisk odpadów jest więc zły.

Ponadto można dostrzec bardzo szybkie tempo zmniejszania się liczby dzikich wysypisk odpadów, co należy ocenić bardzo pozytywnie. Problem dzikich wysypisk szybciej został rozwiązany w miastach, bowiem już w 2004 roku zostały prawie całkowicie zlikwidowane. Na obszarach wiejskich proces porządkowania gospodarki został zapoczątkowany w bardzo szybkim tempie w 2005 roku [45].

Lasy i leśnictwo

Powierzchnia obszarów leśnych województwa wynosi 645,1 tys. ha i wzrosła w stosunku do 2001 roku o 39,1 tys. ha. Średnia lesistość w tym okresie wzrosła z 29,6% do 32,0%, co jest wartością zbliżoną do średniej krajowej. Największymi kompleksami leśnymi są Puszcza Augustowska (ponad 110 tys. ha), Puszcza Knyszyńska (105 tys. ha) oraz Puszcza Białowieska (62 tys. ha). Większość lasów (niemal 92,0% powierzchni) stanowią lasy publiczne, będące własnością Skarbu Państwa w zarządzie Państwowego Gospodarstwa Leśnego „Lasy Państwowe” i parków narodowych oraz stanowiące własność gmin. Pozostałą część stanowią lasy prywatne.

Rozmieszczenie lasów w województwie jest nierównomierne. Duże kompleksy leśne pokrywają głównie wschodnią i częściowo centralną część regionu. Obszary puszczy są zaliczane do bardzo wartościowych i cennych przyrodniczo obszarów leśnych. Różnorodność siedlisk leśnych sprawia, że na terenie województwa występują wszystkie niżowe typy lasów.

Poza funkcją produkcyjną lasy w województwie stanowią element ochrony środowiska i różnorodności biologicznej regionu. Lasy ochronne w województwie zostały przedstawione w tabeli.

Tabela 24.

Powierzchnia lasów ochronnych według rodzajów w 2007 roku

Lasy ochronne	Powierzchnia (ha)
Glebochronne	2 987
Wodochronne	48 683
Uzdrowskowo-klimatyczne	15 685
W miastach i wokół miast	22 891
Obronne	5 536
Ostoje zwierząt	9 617
Na stałych powierzchniach badawczych	3 489
Cenne pod względem przyrodniczym	5 003
Nasienne	1 184

Źródło: [69].

Funkcje ochronne spełnia 27% powierzchni lasów znajdujących się w zarządzie Lasów Państwowych. Zachowaniu walorów przyrodniczych lasów sprzyjają zmiany w ich gospodarczym użytkowaniu, mające na celu naturalizację ekosystemów oraz zachowywanie w ich strukturze siedlisk i mikrosiedlisk ważnych dla wielu grup flory i fauny. Na terenie Lasów Państwowych funkcjonuje „Leśny Kompleks Promocyjny Puszcza Białowieska” (LKP), który powołano 19 grudnia 1994 roku. W jego skład wchodzi trzy nadleśnictwa: Białowieża, Browsk i Hajnówka. LKP powołano, by realizować założenia kompleksowej polityki trwałego i zrównoważonego rozwoju oraz gospodarki leśnej opartej na podstawach ekologicznych.

Specjalny status posiada także Puszcza Augustowska. Zgodnie z decyzją Ministra Rolnictwa, Leśnictwa i Gospodarki Żywnościowej z dnia 9 lipca 1986 roku na obszarze sześciu nadleśnictw wprowadzono zasadę, iż podstawowym celem gospodarki leśnej jest dążenie do zachowania trwałości lasu o charakterze zbliżonym do naturalnego oraz zapewnienie warunków do maksymalnego spełniania przez lasy wielorakich funkcji, to jest

produkcyjnych, ochronnych i społecznych. Funkcje ochronne lasu ma zapewnić zachowanie naturalnych warunków ekosystemów leśnych charakterystycznych dla puszczy, korzystny wpływ lasu na środowisko przyrodnicze, w tym na gleby i stosunki wodne puszczy i obszarów przyległych oraz na krajobraz, zdrowie i kulturę ludności. Powinna być także zapewniona ochrona miejsc lęgowych i ostoich wszystkich gatunków zwierząt bytujących w puszczy, w szczególności zaś gatunków chronionych i rzadkich.

Podsumowując, można stwierdzić, że najistotniejsze problemy związane z ochroną środowiska w województwie podlaskim dotyczą ochrony wód i gospodarki odpadami. W zakresie jakości wód sytuacja nie jest zła, jednakże biorąc pod uwagę funkcjonalne predyspozycje i dążenia regionu, związane z obszarem Zielonych Płuc Polski czy obszarem Natura 2000, należy nadal intensywnie inwestować w ochronę wód oraz w tworzenie i rozbudowę wysypisk. Jednocześnie pojęcie czystego środowiska nie jest stosowane w odniesieniu do obszaru województwa podlaskiego na wyrost. Większość wskaźników związanych ze stanem środowiska naturalnego utrzymuje się na poziomie odpowiadającym niskim poziomom zanieczyszczeń lub wręcz jego braku.

W kontekście sektora rehabilitacji geriatrycznej należy uznać, że obecny stan środowiska naturalnego niewątpliwie znacząco pozytywnie oddziałuje na możliwości rozwoju tego kierunku w województwie. Należy jednak zwrócić uwagę, że czyste środowisko naturalne i dalsze utrzymanie jego dobrego stanu może stanowić barierę dla rozwoju peryferyjnych regionów, jakim jest województwo podlaskie. Z jednej strony to zacofanie rozwojowe regionu bywa istotnym czynnikiem dobrego zachowania przyrody, a z drugiej – wynikają z niego ograniczenia rozwojowe w postaci np. niedorozwoju infrastruktury. Środowisko jest w takich regionach często jedną z niewielu mocnych stron i należy poszukiwać takich dróg rozwoju, które ten czynnik pozwalają zachować i wykorzystać, nie prowadząc do jego pomniejszenia. [45, s.147]

Rozwijanie i wdrażanie koncepcji ekorozwoju może spowodować zmianę akcentów w rozumieniu konkurencyjności. W większym stopniu niż obecnie będzie uwzględniała – obok kwestii kapitału produkcyjnego, kwalifikacji mieszkańców regionu, infrastruktury, innowacyjności, przedsiębiorczości i stabilności ekonomicznej – aspekty środowiskowe i społeczno-kulturowe. W warunkach ekorozwoju regiony konkurują czystszy środowiskiem, inwestycjami edukacyjnymi, spójnymi społecznościami i dobrymi usługami publicznymi. W teorii regiony o najwyższej jakości życia – uwzględniające obok materialnego standardu jej ekologiczne i społeczne uwarunkowania – będą bardziej konkurencyjne w świecie XXI wieku. Ponadto w świecie, w którym zasoby energii, ziemi i surowców będą ograniczone ze względu na globalne bariery środowiskowe, co odbije się na ich cenach i dostępności, regiony najmniej zależne od zewnętrznych zasobów będą w najlepszej sytuacji, by pozostać konkurencyjne i zapewnić mieszkańcom odpowiedni standard życia. Stąd oszczędność przyrody, energii i surowców wspiera utrzymanie przyszłej konkurencyjności [45, s.149].

Takie podejście do rozwoju opartego z jednej strony na ochronie środowiska naturalnego, może wiązać się z jeszcze silniejszym, korzystnym powiązaniem z sektorem rehabilitacji geriatrycznej. To właśnie wysoki poziom czystości środowiska naturalnego i znaczące walory świadczące o atrakcyjności turystycznej województwa mogą wzmocnić rozwój tego sektora. Jednocześnie zasadne wydaje się być wspieranie rozwoju sieci infrastruktury komunikacyjnej sprzyjającej poprawie dostępności do regionu, co wymaga prowadzenia pewnych rodzajów inwestycji. Nie wydaje się jednak, by stało to w sprzeczności z ochroną środowiska.

4.3 Szanse rozwoju sektora – wyniki badań przedsiębiorstw i instytucji

Przedstawiciele przedsiębiorstw w trakcie realizowanych Indywidualnych Wywiadów Pogłębionych (IDI/ITI 1) szanse rozwoju sektora upatrywali przede wszystkim w zwiększeniu **udogodnień dla nowo tworzonych firm** oraz zmniejszeniu składek ZUS dla już istniejących podmiotów. Inną kwestią jest konieczność

zmian rozporządzeń i ustaw dotyczących działalności NFZ. Zwrócono także uwagę na szansę, jaką niesie ze sobą **poprawa zarządzania służbą zdrowia**. Inną możliwością jest pozyskanie kontraktów zagranicznych na usługi sektora. Jednocześnie wskazano, że dobrym rozwiązaniem mogłoby być połączenie **sił z sektorem turystyki**, co pozwoliłoby na sprowadzenie gości z zewnątrz województwa.

Innym problemem najczęściej wskazywanym przez respondentów jest zbyt małe finansowanie sektora ze strony państwa, lecz wskazano przy tym, że szansą może być **współfinansowanie go przez Unię Europejską**. Inną szansą jest pozyskanie umów z NFZ przez większą liczbę gabinetów i placówek z województwa.

W ramach prowadzonych indywidualnych wywiadów pogłębionych wśród badanych instytucji (IDI/ITI 2), respondenci zwrócili uwagę na kilka istotnych czynników i tendencji w otoczeniu, które mogą stanowić, ich zdaniem, szanse rozwoju sektora w województwie podlaskim. Wśród odpowiedzi wskazano dalej postępujące **starzenie się społeczeństwa** nie tylko w województwie, ale i w kraju, i w Europie. Jedną z ważnych szans, zdaniem respondentów, byłoby **podjęcie odpowiedniej polityki władz** województwa i samorządu oraz polityki państwa, „które postawiłyby na opiekę nad osobami starszymi i niepełnosprawnymi”. Poza tym zwrócono uwagę na konieczność **wsparcia dla sektora ze strony samorządów w zakresie bazy lokalowej** – pomoc w remoncie, ulga podatkowa z tytułu remontu lub utworzenia nowych miejsc pracy. Znaczenie może mieć także – zdaniem respondentów – „**ustawodawstwo**, które by sprzyjało właśnie rozwojowi tego zakresu działania”. Wśród szans wskazano na udział **kapitału z Unii Europejskiej**. Na znaczenie środków z funduszy europejskich zwróciło uwagę czterech respondentów.

Inną wskazaną szansą jest „**podnoszenie się poziomu życia** ludzi w kraju i za granicą. Z tym wiąże się popyt na (...) usługi wysokiej jakości, komfortu zdrowotnego, wyglądu. Gdy społeczeństwa się bogacą, poprawia się **jakość życia**”. Inną kwestią jest „objęcie nas nalepką Unia Europejska, nikt nie ma pytań, gdzie jedzie. Polska jest traktowana jako **dobre miejsce na inwestycje**, (...) jesteśmy widziani jako kraj rozwijający się i zasobny”.

Ponadto w trakcie prowadzonych wywiadów respondenci zwrócili także uwagę na cechy charakterystyczne samego województwa, takie jak **walory turystyczne**. Inny respondent wskazał zaś, że bazą dla rozwoju sektora może być ośrodek, jakim jest Uniwersytet Medyczny: „Daje wielką szansę, że stamtąd będą płynęły **dobre praktyki**, jak takie kształcenie (z zakresu rehabilitacji geriatrycznej – M.K.) może być wykorzystane”. Uczelnie wyższe w województwie oraz sieć placówek pomocy społecznej, w tym domów pomocy, które znajdują się na terenie województwa, powinny ponadto – jak wskazał jeden z badanych – prowadzić **współpracę** z innymi organizacjami, w tym pozarządowymi i kościelnymi. Sprzyjałaby to rozwojowi sektora rehabilitacji geriatrycznej.

Uczestnicy grupy fokusowej (FGI) jako dużą szansę rozwoju sektora rehabilitacji geriatrycznej wskazali „**ściągnięcie obcokrajowców**” do województwa podlaskiego, by korzystali z wszelkich dobrodziejstw, a przy tym z zabiegów rehabilitacyjnych. Jako znaczącą szansę uznano **współpracę z innymi ośrodkami z okolic województwa podlaskiego**. W trakcie spotkania podano przykład gminy Augustów, która podjęła współpracę z Druskiennikami z Litwy. Jeden z respondentów wskazał na zasadność takiej współpracy przede wszystkim ze względu na fakt, że atrakcje, jakie obecnie są w województwie, nie są wystarczające: „Na pobyt tygodniowy (...) jestem w stanie klientowi zapewnić w Augustowie i w okolicy, natomiast jak on będzie chciał przyjechać na dwa tygodnie, to ja już sam go nie załatwię i wtedy potrzebne są Druskienniki i Mazury”.

W trakcie rozmowy uznano, że sektor rehabilitacji geriatrycznej powinien swoją ofertę kierować nie tylko do osób w wieku podeszłym. Zwrócono uwagę, że są osoby, które chociażby ulegają różnego rodzaju **schorzeniom w wieku młodym**, gdy są aktywne, ale gdy przestają być aktywne, mają pieniądze. Wskazano, że oferta winna być kierowana do takich osób – mogą to być osoby z różnego rodzaju upośledzeniami, które zdarzyły się w trakcie trwania ich życia. Inną szansą jest skierowanie oferty „**dla potrzebujących spokoju**,

ciszy, środowiska pozytywnego i kulturowego i przyrodniczego". Wskazano również na przykłady grup osób, które w celu poszukiwania spokoju i wyciszenia oraz odpowiednio skomponowanej diety chętnie korzystają z usług świadczonych w klasztorach. W Polsce jest już kilka takich miejsc. Istniejący w Supraślu klasztor prawosławny mógłby świadczyć tego rodzaju usługi. Niestety, obecną barierą jest powołanie Akademii Supraskiej, w ramach której posiada 80 pokoi, jednak ze względu na korzystanie z funduszy unijnych nie jest możliwe wykorzystanie tych pomieszczeń do celów komercyjnych. Co nie oznacza, że nie będzie to możliwe za kilka lat i nie zostaną podjęte działania w celu stworzenia oferty turystycznej.

Przykładem może być pan Bogusław Kaczyński, na którego wskazała jedna z uczestniczek spotkania, jako na osobę chętnie korzystającą, i to systematycznie, z usług oferowanych przez Busko Zdrój. Osoby takie, zdaniem respondentów, są „nakręcone, napędzone”, a przy tym „bardziej wychowane i wykształcone” i „chęć znajdować się w odpowiednim środowisku”, zapewniającym, „żeby było przy stole o czym porozmawiać i miło spędzić czas, i razem pójść na koncert”.

Jako inną grupę docelową, a co za tym idzie, szansę dla rozwoju sektora, wskazano „rehabilitację ludzi młodych, w średnim wieku, osób wyłączonych z aktywności zawodowej czasowo lub trwale”. Ponadto wskazano, że obecnie problemem jest rozwój niewydolności serca która jest bardzo częsta, a problem ten szczególnie dotyka osoby w wieku 45-55 lat. Jest to wynikiem prowadzonego obecnie stylu życia. W trakcie rozmowy wskazano, że prognozuje się, że niewydolność mięśnia sercowego za 10 lat obejmie około jednej trzeciej osób w grupie około 45. roku życia i starszych. Stąd zasadniczym kierunkiem jest przyjazd do miejsca, gdzie możliwe będzie **wyciszenie się i prowadzenie rehabilitacji**, a takie warunki przyrodnicze województwo posiada, szczególnie że położone jest na nizinie.

4.4 Zagrożenia rozwoju sektora – wyniki badań przedsiębiorstw i instytucji

Wśród poważnych zagrożeń w trakcie Indywidualnych Wywiadów Pogłębionych (IDI/ITI 1) z przedsiębiorstwami sektora wymieniono **zły system kontraktowania świadczeń** przez NFZ. Jeden z respondentów wskazał, że w jego firmie wykonano usługi z zakresu kontraktu w ciągu pierwszych siedmiu miesięcy roku, a na dalsze usługi brak środków. Nic nie wskazuje, aby sytuacja w tym zakresie zmieniła się, a wręcz ostatnie informacje płynące z NFZ pozwalają przypuszczać, że prawdopodobieństwo pogłębiania się trudności w finansowaniu usług rehabilitacyjnych jest wysokie. Jednocześnie należy podać inne znaczące zagrożenie dla rozwoju sektora, jakim jest, zdaniem respondentów, brak środków finansowych ze strony osób starszych, a co za tym idzie, ich trudności w regulowaniu płatności za usługi rehabilitacyjne.

Inną sprawą, stanowiącą poważne zagrożenie dla rozwoju sektora, jest ciągły **brak ustawy dotyczącej zawodu fizjoterapeuty**, co prowadzi do konieczności kontaktu pacjentów najpierw z lekarzem rodzinnym, następnie z lekarzem specjalistą, dalej z lekarzem rehabilitacji, a dopiero z fizjoterapeutą. Istniejące w wielu krajach rozwiązania prawne wskazują, że zmiany w procedurze pozwoliłyby na kierowanie pacjenta przez lekarza pierwszego kontaktu bezpośrednio do wykwalifikowanego rehabilitanta. To obniżałoby z jednej strony koszty obsługi, a z drugiej przyspieszyłoby dostarczenie usługi na czas dla pacjenta.

Zdaniem przedstawicieli instytucji otoczenia (IDI/ITI 2), zagrożeniem rozwoju sektora jest „**niewystarczające rozumienie problemu ze strony samorządów lokalnych**”. Wśród najczęściej pojawiających się wskazań wystąpił „**brak środków finansowych**”, „brak kontraktów z NFZ”, „zły podział środków finansowych na rehabilitację geriatryczną”.

Inny aspekt o charakterze społecznym, który może, zdaniem respondentów, stanowić zagrożenie dla rozwoju sektora, to nieduża popularność usług rehabilitacyjnych w społeczeństwie. Inny respondent natomiast określił to zagrożenie jako trudności z „**przełamaniem oporów mentalnych**”. Wśród innych zagrożeń

płynących z samego społeczeństwa znalazły się: **rosnąca liczba osób ubogich, wysoka stopa bezrobocia, częste zmiany przepisów i ich wielość**. Wśród tendencji i zjawisk występujących w całym kraju, które można traktować jako zagrożenia dla rozwoju sektora, wymieniono także bardzo znaczący fakt, że „dalej w naszym społeczeństwie ta grupa osób starszych jest **traktowana gorzej**, (...) nie widzi się potrzeby rehabilitacji, utworzenia jakiegoś sektora tylko dla osób starszych”.

Warto zwrócić szczególną uwagę na wyrażenie się trafną diagnozę jednego z respondentów, że problemem jest uznanie przez niektórych decydentów w kraju, że województwo podlaskie jest i może pozostać „**skansenem bez dróg**”, a to może prowadzić do sytuacji, że „ci potencjalni klienci trafią do innych miejsc”. Wśród innych wymienionych pojawiła się odpowiedź o znaczącym dalszym **rozdrobnieniu placówek rehabilitacji geriatrycznej**.

Uczestnicy Zogniskowanego Wywiadu Grupowego (FGI) wskazali na poważne zagrożenie płynące z **braku systemowych ofert wsparcia sektora przez władze różnego szczebla**. Zwrócono także uwagę na **brak zainteresowania sprawą promocji regionu ze strony mediów** lokalnych, które wolą promować informacje „nośne”, dotyczące śmierci, wypadków, niż chociażby walorów i szans rozwoju województwa podlaskiego.

Poważne zagrożenie dla sektora nie tylko w województwie może płynąć ze strony obwarowań prawnych związanych z możliwością tworzenia uzdrowisk. Są odpowiednie przepisy i nie podlegają one dyskusji, jednak zagrożeniem jest **niedobór wykwalifikowanych kadr w zawodzie planisty**, specjalizujących się w opracowaniu odpowiedniej dokumentacji dotyczącej obszarów uzdrowisk.

4.5 Scenariusze stanów otoczenia

Scenariusze stanów otoczenia zostały skonstruowane na podstawie zestawu przeanalizowanych czynników popytowych i podaźowych metodą desk research. Zostały opracowane cztery różne scenariusze przyszłości: optymistyczny, pesymistyczny, najbardziej prawdopodobny oraz niespodziankowy. Następnie były one poddane weryfikacji w trakcie prac grupy ekspertów.

Punktem wyjścia do prac nad scenariuszami było przygotowanie tabeli 25 przedstawiającej analizę tendencji w otoczeniu sektora. Zostały w niej zawarte wszystkie opisane wyżej zewnętrzne uwarunkowania rozwoju sektora, z podziałem na sfery. Każdemu z nich przypisano negatywną lub pozytywną siłę wpływu określoną w skali od -5 do +5 punktów, w trzech wariantach zmian: wzrostu, stagnacji oraz regresu poszczególnych czynników. Ponadto każde uwarunkowanie zostało scharakteryzowane przypisaniem prawdopodobieństwa wystąpienia danego procesu.

Prace te prowadzone były w trakcie spotkań grupy ekspertów. Propozycja zestawu czynników przedstawiona przez osoby przygotowujące desk research została uzupełniona w trakcie prac grupy ekspertów o czynniki: emigracje oraz bezrobocie. W zasadzie wystąpiła zgodności co do przypisania poszczególnym czynnikom siły wpływu i prawdopodobieństwa. Szczególną uwagę ekspertów zwróciło ustalenie tych wartości w przypadku bezrobocia, regulacji dostępu do świadczeń zdrowotnych w Polsce oraz prawodawstwa dotyczącego wykonywania zawodów związanych z rehabilitacją. Ostatecznie wypracowane wyniki prac grupy ekspertów zostały zaprezentowane poniżej.

Wojewódzki Urząd Pracy w Białymstoku
 Podlaskie Obserwatorium Rynku Pracy i Prognoz Gospodarczych
 STARTERY PODLASKIEJ GOSPODARKI - SEKTOR REHABILITACJI GERIATRYCZNEJ

Tabela 25.
 Analiza tendencji w otoczeniu

Sfera	Tendencja (od +5 do -5)		Prawdopodobieństw (od 0 do 1)
Ekonomiczna			
Wzrost PKB	wzrost	+3	0,25
	stagnacja	+1	0,70
	regres	-2	0,05
Wzrost bezrobocia	wzrost	-2	0,10
	stagnacja	0	0,60
	regres	+1	0,30
Wzrost inflacji	wzrost	-1	0,15
	stagnacja	0	0,60
	regres	+1	0,25
Poprawa finansowania opieki zdrowotnej	wzrost	+4	0,15
	stagnacja	+2	0,85
	regres	-3	0,05
Tempo wzrostu rynku	wzrost	+3	0,80
	stagnacja	0	0,15
	regres	-1	0,05
Wzrost zamożności społeczeństwa	wzrost	+5	0,45
	stagnacja	+1	0,40
	regres	-2	0,20
Poprawa dostępności do infrastruktury transportowej	wzrost	+4	0,65
	stagnacja	-1	0,30
	regres	-3	0,05
Społeczna			
Popraw jakości życia	wzrost	+4	0,40
	stagnacja	+1	0,50
	regres	-2	0,10
Preferowanie aktywnego stylu życia i wzorców konsumpcji	wzrost	+4	0,45
	stagnacja	-1	0,35
	regres	-4	0,20
Poprawa wykształcenia osób starszych	wzrost	+3	0,60
	stagnacja	+1	0,30
	regres	-1	0,10
Poprawa wykształcenia kadry	wzrost	+3	0,10
	stagnacja	-1	0,70
	regres	-2	0,20
Zmiana wartości i postawy wobec ludzi starszych	wzrost	+4	0,10
	stagnacja	-1	0,60
	regres	-3	0,30
Wydłużanie trwania życia	wzrost	+4	0,80
	stagnacja	+2	0,15
	regres	0	0,05
Wzrost emigracji kadry	wzrost	-3	0,55
	stagnacja	+1	0,35
	regres	+2	0,10
Wzrost emigracji ludności	wzrost	+2	0,80
	stagnacja	+1	0,15
	regres	0	0,05
Administracyjnoprawna			
Ulepszenie regulacji dostępu do świadczeń zdrowotnych w Polsce	wzrost	+4	0,05
	stagnacja	0	0,35
	regres	-4	0,60
Ulepszenie prawodawstwa dotyczącego wykonywania zawodów związanych z rehabilitacją	wzrost	+2	0,10
	stagnacja	-1	0,70
	regres	-2	0,20

Wojewódzki Urząd Pracy w Białymstoku
 Podlaskie Obserwatorium Rynku Pracy i Prognoz Gospodarczych
STARTERY PODLASKIEJ GOSPODARKI - SEKTOR REHABILITACJI GERIATRYCZNEJ

Ulepszenie prawodawstwa związanego z tworzeniem uzdrowisk	wzrost	+2	0,10
	stagnacja	0	0,70
	regres	-2	0,20
Ulepszenie prawodawstwa w zakresie turystyki aktywnej i rekreacji	wzrost	+1	0,25
	stagnacja	0	0,70
	regres	-1	0,05
Uwzględnianie problematyki ludzi starszych w prowadzonej polityce społecznej	wzrost	+3	0,40
	stagnacja	-1	0,50
	regres	-2	0,10
Międzynarodowa			
Poprawa dostępu do usług zdrowotnych za granicą	wzrost	+2	0,80
	stagnacja	0	0,15
	regres	-1	0,05
Wzrost promocji działań na rzecz osób starszych przez Unii Europejskiej	wzrost	+1	0,70
	stagnacja	0	0,20
	regres	-1	0,10
Środowiskowa			
Poprawa klimatu	wzrost	+2	0,50
	stagnacja	+1	0,45
	regres	-2	0,05
Występowanie określonych gatunków roślin i zwierząt	wzrost	0	0,45
	stagnacja	-1	0,55
	regres	-2	0,05
Utrzymanie czystego środowiska naturalnego	wzrost	+1	0,70
	stagnacja	0	0,20
	regres	-3	0,10

Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Spośród uwzględnionych pięciu sfer bardzo liczna jest pierwsza, a więc sfera ekonomiczna. Uwzględniono w niej siedem różnych czynników. Spośród nich dla pięciu spodziewać się należy w najbliższym okresie raczej tendencji braku zmiany (stagnacji), stąd też takiemu trendowi nadano większe prawdopodobieństwo, niż zmianom wzrostowym czy stagnacyjnym. Jeśli zaś chodzi o pozostałe, to szczególnie należy spodziewać się wzrostu samego rynku rehabilitacji w najbliższej przyszłości, a więc pojawiania się nowych ofert oraz nowych konkurentów na rynku. Duże są także szanse na poprawę w zakresie infrastruktury transportowej, szczególnie że wstępnie są znane źródła środków finansowych oraz terminy realizacji inwestycji, jeśli chodzi o infrastrukturę drogową. Należy się ponadto spodziewać pozytywnych zmian w przypadku wzrostu poziomu dochodów ludności.

Na sferę społeczną złożyło się osiem czynników. Podobnie jak poprzednio, najczęściej występują tu wskazania na brak zmian stanu poszczególnych czynników. Spodziewać się zaś można raczej wzrostu, jeśli chodzi o emigrację ludności, poziom wykształcenia osób starszych oraz zmian nastawionych na zdrowy styl życia, jak i na wzorce konsumpcji bazujące na aktywności i szerokim korzystaniu przez osoby starsze z rekreacji. Niestety, jest też duże prawdopodobieństwo dalszej emigracji kadry medycznej, w tym głównie do innych krajów Unii Europejskiej.

Trzecia analizowana sfera – administracyjnoprawna – składa się z pięciu różnych czynników. W tym przypadku przede wszystkim oczekiwać należy tendencji stagnacyjnych, co nie będzie miało poważnego negatywnego oddziaływania na sektor, jednakże może stanowić pewne zagrożenia dla jego rozwoju w przyszłości. Niepokojące jest ponadto wysokie prawdopodobieństwo wystąpienia negatywnych tendencji spadkowych, jeśli chodzi o kontraktowanie świadczeń zdrowotnych przez NFZ, co wpływa w głównej mierze na dostęp do usług także sektora rehabilitacji w województwie, jak i w całej Polsce.

Przedostatnia grupa czynników – najmniej liczna – to czynniki międzynarodowe. Spodziewane są tu

przede wszystkim pozytywne tendencje w najbliższym okresie, które będą, w umiarkowanym stopniu, lecz sprzyjać rozwojowi sektora rehabilitacji w niedalekiej przyszłości.

Na piątą grupę czynników składają się uwarunkowania środowiskowe rozwoju sektora. Zdecydowanie przewiduje się, że będą następowały zmiany klimatyczne tworzące warunki sprzyjające rozwojowi sektora. Utrzymanie, jak również jeszcze większa poprawa stanu środowiska naturalnego, chociażby w zakresie usprawnienia gospodarki odpadami, będzie sprzyjać sektorowi rehabilitacji. Jeśli zaś chodzi o zmiany związane z granicami obszarów chronionych czy dotyczące występowania określonych gatunków zwierząt, np. żubra, to raczej można oczekiwać zachowania dotychczasowej sytuacji, chociaż spodziewać się należy nacisku ze strony Unii Europejskiej, jak i rządu Polski do zmian w tym zakresie. Sytuacja taka jednak nie musiałaby wpływać w ogóle na wzrost sektora.

Przedstawione poniżej scenariusze stanów otoczenia zostały opracowane na podstawie analizy tendencji w otoczeniu. Pierwszy z czterech opracowanych scenariuszy – scenariusz optymistyczny – tworzony jest przy założeniu najbardziej korzystnych dla sektora zmian w otoczeniu. Największy pozytywny wpływ na sektor ze wszystkich analizowanych sfer będzie mieć sfera społeczna – średnia siła oddziaływania +3,25. Oczekuje się tu optymistycznych zmian związanych głównie ze zmianami wzrostowymi siedmiu z ośmiu analizowanych czynników. Regres traktowany jest jako tendencja pozytywnie oddziałująca na sektor w przypadku czynnika, jakim są emigracje kadr służby zdrowia.

Z Tabeli 26. Scenariusz optymistyczny wynika, że najbardziej pozytywny wpływ na sektor może mieć wzrost zamożności społeczeństwa. Optymistyczne prognozy związane z dalszym finansowaniem opieki zdrowotnej ze środków Unii Europejskiej oraz z rozwojem infrastruktury transportowej także silnie pozytywnie mogą oddziaływać na przyszły rozwój sektora. W przypadku dwóch czynników: bezrobocia i inflacji, tendencja spadkowa ma większe znaczenie pozytywne dla sektora. Łącznie siła oddziaływania sfery ekonomicznej na sektor jest dość wysoka i wynosi +3,00.

Tabela 26.
Scenariusz optymistyczny

Sfera	Tendencja (od +5 do -5)	
Ekonomiczna		
Wzrost PKB	wzrost	+3
Wzrost bezrobocia	regres	+1
Wzrost inflacji	regres	+1
Poprawa finansowania opieki zdrowotnej	wzrost	+4
Tempo wzrostu rynku	wzrost	+3
Wzrost zamożności społeczeństwa	wzrost	+5
Poprawa dostępności do infrastruktury transportowej	wzrost	+4
Średnia siła wpływu		+3,00
Spoleczna		
Poprawa jakości życia	wzrost	+4
Preferowanie aktywnego stylu życia i wzorców konsumpcji	wzrost	+4
Poprawa wykształcenia osób starszych	wzrost	+3
Poprawa wykształcenia kadry	wzrost	+3
Zmiana wartości i postawy wobec ludzi starszych	wzrost	+4
Wydłużanie trwania życia	wzrost	+4
Wzrost emigracji kadry	regres	+2
Wzrost emigracji ludności	wzrost	+2
Średnia siła wpływu		+3,25
Administracyjnoprawna		
Ulepszenie regulacji dostępu do świadczeń zdrowotnych w Polsce	wzrost	+4

Wojewódzki Urząd Pracy w Białymstoku
 Podlaskie Obserwatorium Rynku Pracy i Prognoz Gospodarczych
STARTERY PODLASKIEJ GOSPODARKI - SEKTOR REHABILITACJI GERIATRYCZNEJ

Ulepszenie prawodawstwa dotyczącego wykonywania zawodów związanych z rehabilitacją	wzrost	+2
Ulepszenie prawodawstwa związanego z tworzeniem uzdrowisk	wzrost	+2
Ulepszenie prawodawstwa w zakresie turystyki aktywnej i rekreacji	wzrost	+1
Uwzględnianie problematyki ludzi starszych w prowadzonej polityce społecznej	wzrost	+3
<i>Średnia siła wpływu</i>		+2,40
Międzynarodowa		
Poprawa dostępu do usług zdrowotnych za granicą	wzrost	+2
Wzrost promocji działań na rzecz osób starszych przez Unii Europejskiej	wzrost	+1
<i>Średnia siła wpływu</i>		+1,50
Środowiskowa		
Poprawa klimatu	wzrost	+2
Występowanie określonych gatunków roślin i zwierząt	regres	0
Utrzymanie czystego środowiska naturalnego	wzrost	+1
<i>Średnia siła wpływu</i>		+1,66

Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Najmniejszej pozytywnej siły oddziaływania spodziewać się można ze strony sfery międzynarodowej (średnia siła wpływu: +1,50). Ponadto siła oddziaływania według scenariusza optymistycznego nie będzie duża w przypadku sfery środowiskowej (średnia siła wpływu: +1,66).

Kolejnym rodzajem jest scenariusz pesymistyczny, który opisuje te trendy i procesy, które będą miały negatywny wpływ na przedsiębiorstwo. Opracowany scenariusz (Tabela 27. Scenariusz pesymistyczny) pokazuje, że największe negatywne oddziaływanie na sektor może mieć sfera administracyjnoprawna oraz ekonomiczna. W pierwszym przypadku dostrzega się przede wszystkim bardzo duży negatywny wpływ zmian w dostępie do świadczeń zdrowotnych w Polsce, które są realizowane przez NFZ. Najmniejszy negatywny wpływ mogą mieć ewentualne zmiany na gorsze w zakresie prawodawstwa związanego z realizacją aktywnej turystyki oraz rekreacji. Najmniej nieprzyjemnych sytuacji można oczekiwać ze strony sfery międzynarodowej (średnia siła wpływu: -1,00).

Tabela 27.
Scenariusz pesymistyczny

Scenariusz pesymistyczny		
Sfera	Tendencja (od +5 do -5)	
Ekonomiczna		
Wzrost PKB	regres	-2
Wzrost bezrobocia	wzrost	-2
Wzrost inflacji	wzrost	-1
Poprawa finansowania opieki zdrowotnej	regres	-3
Tempo wzrostu rynku	regres	-1
Wzrost zamożności społeczeństwa	regres	-2
Poprawa dostępności do infrastruktury transportowej	regres	-3
<i>Średnia siła wpływu</i>		-2,00
Społeczna		
Poprawa jakości życia	regres	-2
Preferowanie aktywnego stylu życia i wzorców konsumpcji	regres	-4
Poprawa wykształcenia osób starszych	regres	-1
Poprawa wykształcenia kadry	regres	-2
Zmiana wartości i postaw wobec ludzi starszych	regres	-3

Wojewódzki Urząd Pracy w Białymstoku
 Podlaskie Obserwatorium Rynku Pracy i Prognoz Gospodarczych
STARTERY PODLASKIEJ GOSPODARKI - SEKTOR REHABILITACJI GERIATRYCZNEJ

Wydłużanie trwania życia	regres	0
Wzrost emigracji kadry	wzrost	-3
Wzrost emigracji ludności	regres	0
Średnia siła wpływu		-1,88
Administracyjnoprawna		
Ulepszenie regulacji dostępu do świadczeń zdrowotnych w Polsce	regres	-4
Ulepszenie prawodawstwa dotyczącego wykonywania zawodów związanych z rehabilitacją	regres	-2
Ulepszenie prawodawstwa związanego z tworzeniem uzdrowisk	regres	-2
Ulepszenie prawodawstwa w zakresie turystyki aktywnej i rekreacji	regres	-1
Uwzględnianie problematyki ludzi starszych w prowadzonej polityce społecznej	regres	-2
Średnia siła wpływu		-2,20
Międzynarodowa		
Poprawa dostępu do usług zdrowotnych za granicą	regres	-1
Wzrost promocji działań na rzecz osób starszych przez Unii Europejskiej	regres	-1
Średnia siła wpływu		-1,00
Środowiskowa		
Poprawa klimatu	regres	-2
Występowanie określonych gatunków roślin i zwierząt	regres	-2
Utrzymanie czystego środowiska naturalnego	regres	-3
Średnia siła wpływu		-1,66

Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Trzeci przygotowany scenariusz, najbardziej prawdopodobny, to taki, w którym zakłada się trendy zmian w otoczeniu, których wystąpienie charakteryzuje się największym prawdopodobieństwem. Jest on, obok scenariusza niespodziankowego, znaczącym uzupełnieniem analizy prowadzonej na podstawie scenariuszy optymistycznego i pesymistycznego.

Z punktu widzenia siły oddziaływania poszczególnych pięciu sfer na sektor zauważa się, że największe jest prawdopodobieństwo pojawienia się negatywnych tendencji w sferze administracyjnoprawnej (średnia siła wpływu: -2,00) (Tabela 28. Scenariusz najbardziej prawdopodobny). Drugą w kolejności sferą o znaczącym negatywnym oddziaływaniu jest sfera społeczna (średnia siła oddziaływania -1,66). Negatywny wpływ z dużym prawdopodobieństwem mogą mieć dalej braki specjalizacji z zakresu geriatrii oraz rehabilitacji geriatrycznej, brak poszanowania i rozumienia potrzeb ludzi starszych przez społeczeństwo, czy chociażby dalsze emigracje kadry służby zdrowia za granicę. Jednocześnie w sferze tej jest duże prawdopodobieństwo pojawienia się pozytywnego oddziaływania, co dotyczy większości spośród analizowanych czynników.

Zdecydowanie pozytywnego wpływu na sektor można oczekiwać ze strony sfery ekonomicznej (średnia siła wpływu dodatnia: +2,80). Jedynie dodatni wpływ będzie miała najprawdopodobniej także sfera międzynarodowa (siła wpływu dodatnia: +1,5).

Jeśli chodzi o sferę środowiskową, tutaj, podobnie jak w przypadku sfery społecznej, siły oddziaływania mogą być i dodatnie, i ujemne, przy czym te pierwsze przeważają (średnia siła wpływu dodatnia: +1,50; średnia siła wpływu ujemna: -1,00).

Tabela 28.
 Scenariusz najbardziej prawdopodobny

Sfera	Prawdopodobieństwo	Siła wpływu ujemna	Siła wpływu dodatnia
Ekonomiczna			
Wzrost PKB	0,70		+1
Wzrost bezrobocia	0,60	0	
Wzrost inflacji	0,60	0	
Poprawa finansowania opieki zdrowotnej	0,85		+2
Tempo wzrostu rynku	0,80		+3
Wzrost zamożności społeczeństwa	0,45		+5
Poprawa dostępności do infrastruktury transportowej	0,65		+3
<i>Średnia siła wpływu</i>		0,00	+2,80
Spoleczna			
Poprawa jakości życia	0,50		+1
Preferowanie aktywnego stylu życia i wzorców konsumpcji	0,45		+4
Poprawa wykształcenia osób starszych	0,60		+3
Poprawa wykształcenia kadry	0,70	-1	
Zmiana wartości i postawy wobec ludzi starszych	0,60	-1	
Wydłużanie trwania życia	0,80		+4
Wzrost emigracji kadry	0,55	-3	
Wzrost emigracji ludności	0,80		+2
<i>Średnia siła wpływu</i>		-1,66	+2,80
Administracyjnoprawna			
Ulepszenie regulacji dostępu do świadczeń zdrowotnych w Polsce	0,60	-4	
Ulepszenie prawodawstwa dotyczącego wykonywania zawodów związanych z rehabilitacją	0,70	-1	
Ulepszenie prawodawstwa związanego z tworzeniem uzdrowisk	0,70	0	
Ulepszenie prawodawstwa w zakresie turystyki aktywnej i rekreacji	0,70	0	
Uwzględnianie problematyki ludzi starszych w prowadzonej polityce społecznej	0,50	-1	
<i>Średnia siła wpływu</i>		-2,00	0,00
Międzynarodowa			
Poprawa dostępu do usług zdrowotnych za granicą	0,80		+2
Wzrost promocji działań na rzecz osób starszych przez Unii Europejskiej	0,70		+1
<i>Średnia siła wpływu</i>		0,00	+1,5
Środowiskowa			
Poprawa klimatu	0,50		+2
Występowanie określonych gatunków roślin i zwierząt	0,50	-1	
Utrzymanie czystego środowiska naturalnego	0,70		+1
<i>Średnia siła wpływu</i>		-1,00	+1,5

Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Czwarty rodzaj wśród przygotowanych scenariuszy to scenariusz niespodziankowy. Zawiera on trendy, które niezależnie od potencjalnej siły negatywnego czy pozytywnego wpływu mają najmniejsze prawdopodobieństwo wystąpienia. I tak, najmniejsze jest prawdopodobieństwo wystąpienia w sferze społecznej znaczącej siły pozytywnej ze strony poprawy poziomu i specjalizacji wykształcenia kadry, zmian w najbliższym

Wojewódzki Urząd Pracy w Białymstoku
 Podlaskie Obserwatorium Rynku Pracy i Prognoz Gospodarczych
STARTERY PODLASKIEJ GOSPODARKI - SEKTOR REHABILITACJI GERIATRYCZNEJ

czasie postaw i wartości wobec ludzi starszych oraz ograniczenie emigracji kadr. W sferze administracyjnoprawnej najmniej prawdopodobna jest poprawa zasad kontraktowania dostępu do usług przez NFZ. Jednocześnie w tych sferach występuje małe prawdopodobieństwo wystąpienia dużych zmian negatywnych, w sferze społecznej przede wszystkim zmian na gorsze stylu życia i wzorców konsumpcji ludności, a w sferze administracyjnoprawnej dalsze zaniedbywanie potrzeb ludzi starszych w dokumentach strategicznych w województwie.

Tabela 29.

Scenariusz niespodziankowy

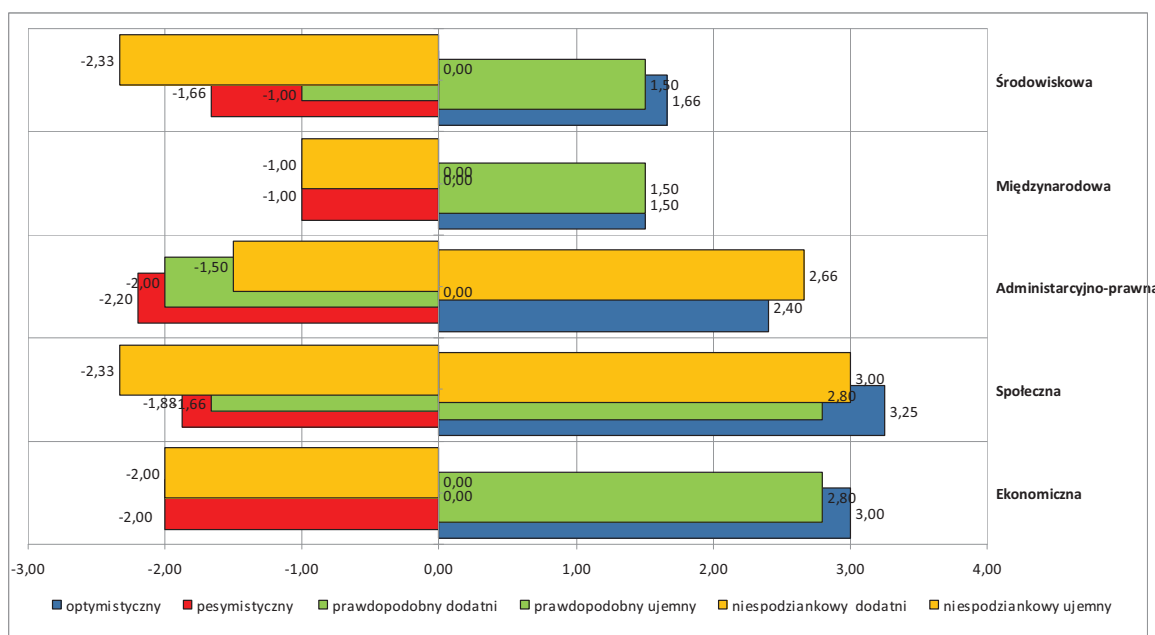
Sfera	Prawdopodobieństwo	Siła wpływu ujemna	Siła wpływu dodatnia
Ekonomiczna			
Wzrost PKB	0,05	-2	
Wzrost bezrobocia	0,10	-2	
Wzrost inflacji	0,15	-1	
Poprawa finansowania opieki zdrowotnej	0,05	-3	
Tempo wzrostu rynku	0,05	-1	
Wzrost zamożności społeczeństwa	0,20	-2	
Poprawa dostępności do infrastruktury transportowej	0,05	-3	
<i>Średnia siła wpływu</i>		-2,00	0,00
Spoleczna			
Poprawa jakości życia	0,10	-2	
Preferowanie aktywnego stylu życia i wzorców konsumpcji	0,20	-4	
Poprawa wykształcenia osób starszych	0,10	-1	
Poprawa wykształcenia kadry	0,10		+3
Zmiana wartości i postawy wobec ludzi starszych	0,10		+4
Wydłużanie trwania życia	0,05		0
Wzrost emigracji kadry	0,10		+2
Wzrost emigracji ludności	0,05	0	0
<i>Średnia siła wpływu</i>		-2,33	+3,00
Administracyjnoprawna			
Ulepszenie regulacji dostępu do świadczeń zdrowotnych w Polsce	0,05		+4
Ulepszenie prawodawstwa dotyczącego wykonywania zawodów związanych z rehabilitacją	0,10		+2
Ulepszenie prawodawstwa związanego z tworzeniem uzdrowisk	0,10		+2
Ulepszenie prawodawstwa w zakresie turystyki aktywnej i rekreacji	0,05	-1	
Uwzględnianie problematyki ludzi starszych w prowadzonej polityce społecznej	0,10	-2	
<i>Średnia siła wpływu</i>		-1,50	+2,66
Międzynarodowa			
Poprawa dostępu do usług zdrowotnych za granicą	0,05	-1	
Wzrost promocji działań na rzecz osób starszych przez Unii Europejskiej	0,10	-1	
<i>Średnia siła wpływu</i>		-1,00	0,00
Środowiskowa			
Poprawa klimatu	0,05	-2	
Występowanie określonych gatunków roślin i zwierząt	0,05	-2	
Utrzymanie czystego środowiska naturalnego	0,10	-3	
<i>Średnia siła wpływu</i>		-2,33	0,00

Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań.

4.6 Podsumowanie

Otrzymane wyniki pozwoliły na sporządzenie rysunku 3. przedstawiającego źródła szans i zagrożeń, które płyną z otoczenia. Na tej podstawie można uznać, że wśród pięciu analizowanych sfer do najbardziej burzliwych należy zaliczyć sferę ekonomiczną, społeczną i administracyjnoprawną.

Rysunek 3.



Otoczenie – źródła szans i zagrożeń w sektorze rehabilitacji geriatrycznej

Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań.

W scenariuszu optymistycznym największy dodatni wpływ otoczenia przyjmuje wartość 3,25 w sferze społecznej, zaś w scenariuszu pesymistycznym wartość ujemna dla tej sfery jest jedną z mniejszych i wynosi -1,88. To oznacza, że w sferze tej szanse przeważają nad zagrożeniami, jakie niosą czynniki z tej sfery dla sektora. Jednocześnie jednak to w tej sferze występuje największa rozpiętość pomiędzy czynnikami makrootoczenia sektora, co może oznaczać, że czynniki z tej sfery są najmniej przewidywalne i mogą wywrzeć najbardziej znaczący wpływ na działalność przedsiębiorstw sektora.

W procesie konstruowania strategii sektora jednak nie tylko sfera społeczna, ale również sfery administracyjnoprawna i ekonomiczna, dla których rozpiętość między optymistycznym a pesymistycznym scenariuszem jest także znaczna, wymagają szczególnej uwagi i powinna być ona nakierowana na wykorzystanie szans, jakie pojawiają się ze strony czynników z tej sfery.

W scenariuszu najbardziej prawdopodobnym widać, że w sferach ekonomicznej, międzynarodowej i środowiskowej będą pojawiać się częściej szanse dla rozwoju sektora. Największe prawdopodobieństwo dodatniego wpływu występuje w sferze ekonomicznej (średnia siła wpływu: +2,80). W pozostałych ta siła wpływu, również najprawdopodobniej dodatnia, wynosić będzie odpowiednio +1,50. W sferze społecznej jest znaczące prawdopodobieństwo pojawienia się szans, jednak mogą wystąpić również zagrożenia. Natomiast w sferze administracyjnoprawnej jest prawdopodobne pojawienie się zagrożeń.

Analiza scenariuszy niespodziankowych pokazuje zaś, że najmniejsze jest prawdopodobieństwo

wystąpienia szans w sferze administracyjnoprawnej, ale ich ewentualny wpływ na sektor będzie miał charakter pozytywny. Niewielkie jest prawdopodobieństwo wystąpienia zmian w pozostałych sferach. Jeśli by jednak one zachodziły, to ich charakter byłby ujemny, a szczególnie negatywny byłby w sferze środowiska.

V. Analiza sił konkurencji w sektorze

W ramach drugiego obszaru dokonana została analiza głównych składników otoczenia konkurencyjnego przedsiębiorstw sektora, takich jak: dostawcy – nabywcy, istniejący i potencjalni konkurenci oraz ryzyko pojawienia się nowych producentów i substytutów. Według M.E. Portera, autora tzw. analizy pięciu sił, można dokonać analizy sektora poprzez zbadanie pięciu różnych czynników kształtujących jego atrakcyjność dla bieżących i przyszłych inwestorów. Wśród tych czynników wyróżnia się:

- a) siłę oddziaływania dostawców i możliwości wywierania przez nich presji na przedsiębiorstwa sektora,
- b) siłę oddziaływania nabywców i możliwości wywierania przez nich presji na przedsiębiorstwa sektora,
- c) natężenie walki konkurencyjnej wewnątrz sektora,
- d) groźbę pojawienia się nowych producentów,
- e) groźbę pojawienia się substytutów.

Konstrukcja tej metody analizy strategicznej pozwala zatem na analizę składników otoczenia konkurencyjnego przedsiębiorstw sektora. Jednocześnie analiza sił konkurencji w sektorze pozwala na wskazanie barier rozwojowych i głównych determinant rozwoju sektora. Umożliwia również dostarczenie informacji, które są niezbędne dla przedsiębiorstw w procesie planowania strategicznego, oraz pozwala na określenie składników otoczenia konkurencyjnego, które mają znaczenie przy ocenie pozycji konkurencyjnej podmiotów.

W ramach określenia atrakcyjności sektora rehabilitacji geriatrycznej dla potencjalnych inwestorów, według modelu Portera, zostało podjętych kilka kroków służących udzieleniu odpowiedzi na pytania dotyczące poszczególnych pięciu głównych składników sektora. Po pierwsze, przeprowadzono desk research, którego wyniki zostały przedstawione w rozdziale IV. Następnie w ramach grupy ekspertów dokonano wstępnej analizy pięciu sił Portera, co pozwoliło na ocenę poszczególnych pięciu grup czynników. Kolejnym etapem było przeprowadzenie Indywidualnych Wywiadów Pogłębionych (IDI/ITI 1) w celu potwierdzenia prawidłowości oceny zestawienia składników otoczenia konkurencyjnego przedsiębiorstw sektora.

5.1 Siła dostawców

Wśród dostawców w sektorze rehabilitacji geriatrycznej wymienić można:

- dostawców usług związanych z realizacją zabiegów rehabilitacyjnych, w tym pracowników sektora zdrowia: lekarzy specjalistów w zakresie rehabilitacji medycznej, geriatrii, balneologii, medycyny fizykalnej, fizjoterapii i psychologii, jak również pielęgniarki i animatorów kultury,
- dostawców urządzeń rehabilitacyjnych,
- dostawców leczniczych środków technicznych (maści, pieluchy, środki do dezynfekcji),
- dostawców cateringu lub żywności do prowadzonych jadalni, barów, restauracji,
- dostawców transportu, np. za pomocą autokarów.

Od dostawców badane podmioty pozyskują przede wszystkim takie produkty, jak: dwutlenek węgla i gaz do krioterapii, środki czystości, płyny, jednorazowe ręczniki i prześcieradła oraz aparaturę rehabilitacyjną.

5.1.1 Stopień koncentracji sektora dostawcy

Za ważną część dostawców sektora rehabilitacji geriatrycznej należy uznać specjalistów, w tym lekarzy świadczących usługi medyczne. Jeśli chodzi o dostawców usług medycznych, to uznać można, że tak naprawdę ich wykształcenie i doświadczenie stanowią o atrakcyjności ośrodka świadczącego usługi. W niektórych

specjalnościach, jak chociażby fizjoterapeuta, masażysta, jest wiele osób z tym wykształceniem na rynku, więc ich siła przetargowa jest przez to osłabiona. Jednak są i wybitne jednostki, mające spory wpływ na całokształt oferowanych usług, i one mogą zdobyć silną pozycję przetargową – są to chociażby lekarze geriatrycy, których jest niewielu i często pracują na kilku etatach. W większości jednak ci specjaliści spełniają kryterium silnego rozproszenia i nie wywierają silnej presji konkurencyjnej na sektor.

W przypadku pozostałych rodzajów dostawców ich koncentracja także wydaje się nieznaczająca. W większości przypadków można uznać, że na rynku znajduje się bardzo dużo firm oferujących usługi i produkty, w związku z tym konkurencja na wszystkich tych rynkach jest duża, a co za tym idzie, siła przetargowa dostawców jest mała.

Te rozważania potwierdzają odpowiedzi respondentów uczestniczących w Indywidualnych Wywiadach Pogłębionych (IDI/ITI 1), którzy podkreślają, że dostawców jest wielu, a rynkiem rządzi prawa konkurencji, bez względu na to, czy to tylko środki higieny, czy wysoce skomplikowany sprzęt rehabilitacyjny. Jeśli są zasoby finansowe, wówczas jest możliwość wyboru dostawcy i nie ma od niego żadnego uzależnienia. Generalnie większość podmiotów zaopatruje się u dostawców spoza województwa lub nawet spoza kraju. Okazuje się, że zakup tego samego sprzętu za granicą często jest o wiele tańszy, mimo dodatkowych kosztów transportu, niż w kraju.

Jeden z respondentów zwrócił uwagę na problem, jakim jest pojawienie się słowa „medyczny” przy urządzeniach. Jego zdaniem, jeśli coś jest aparaturą, sprzętem medycznym, to ze względu na konieczność przeprowadzania na tych urządzeniach testów medycznych jest to często o wiele droższe niż te same urządzenia, ale bez certyfikatu. Producentów urządzeń jest w sumie niewielu, co prowadzi do ograniczenia konkurencji na rynku i dość wysokich cen urządzeń, szczególnie jeśli są one bardziej zaawansowane.

5.1.2 Uzależnienie od jakości dostaw

Niewątpliwie jakość dostaw jest szczególnie istotna, jeśli chodzi o dostęp do wykwalifikowanych pracowników, jak i sprzętu rehabilitacyjnego. Jeśli oferta będzie wysokiej klasy, wówczas jest większe prawdopodobieństwo, iż więcej osób skorzysta z usług. Ponadto znaczenie ma umiejętne, indywidualne podejście do klienta. Od jakości urządzeń zależy zaś to, jak długo będą służyły do wykonywania pracy – sprzęt lepszej jakości często charakteryzuje się wyższą ergonomicznością, ma też więcej funkcji, co pozwala na jego szersze wykorzystanie. Ponadto należy zwrócić uwagę na dostępność do serwisu urządzeń, co pozwala na ograniczenie przestojów w ich użytkowaniu i świadczeniu usług. Zatem w odniesieniu do tej kwestii można uznać nawet, że siła przetargowa dostawców jest bardzo duża.

5.1.3 Udział dostaw w kosztach

Wydatki na usługi rehabilitacyjne są bardzo wysokie, szczególnie na zakup nowego sprzętu, co jest często wymagane ze strony głównego podmiotu kontraktującego, jakim jest NFZ. Nieco niższe są koszty usług związanych z gastronomią, jak i samym zakupem leczniczych środków technicznych. Ogólnie, siła przetargowa dostawców jest więc zależna od rozpatrywanej branży. Uwzględniając ich łącznie, jest na średnim poziomie.

5.1.4 Koszt zmiany dostawców

Jeśli chodzi o koszt zmiany dostawców, to można stwierdzić, że jest wiele sklepów pośredniczących oraz sklepów internetowych, które oferują szereg środków i usług potrzebnych do rehabilitacji. Stąd też uznać należy,

że w zakresie dostępu do sprzętu i środków rehabilitacyjnych nie ma ograniczeń, a koszt zmiany dostawcy jest bardzo niski. Siła przetargowa dostawców jest zatem mała, gdyż łatwo jest ich zmienić.

Oczywiście problemem może być zmiana dostawcy, gdy nastąpi uzależnienie od niego poprzez zakup sprzętu na tak wysokim poziomie specjalizacji, że wymaga on w dalszej eksploatacji fachowej obsługi tego samego dostawcy, np. przegląd, serwis, zakup osprzętu. Generalnie jednak większość badanych podmiotów w ramach IDI/ITI 1 wskazała, że w znacznym stopniu, oprócz urzędów, bazuje na „pracy swoich rąk”, co za tym idzie, często nie zauważa w ogóle presji ze strony dostawców. Podmioty te nie mają też problemu z szybkim pozyskaniem nowych dostawców – „wystarczy jeden telefon i ma się pożądaný sprzęt”.

Ostatecznie siła przetargowa dostawców w zakresie kosztów ich zmiany jest mała.

5.1.5 Groźba integracji wprzód

Istnieje możliwość, że np. dostawca żywności sam założy firmę, która rozszerzy swoje usługi na prowadzenie zabiegów pielęgnacyjnych czy rehabilitacyjnych. Ponadto często podmioty typu *wellness* oferują na przykład masaże. Specjaliści mogą otworzyć własne gabinety lub ośrodki świadczące podobne usługi. Firmy produkujące sprzęt rehabilitacyjny mogą natomiast zdywersyfikować swoją ofertę na świadczenie usług opartych na swoich wyrobach. Należy przy tym pokreślić, że nie ma jakichś obwarowań prawnych, które utrudniałyby wejście do tego sektora. Stąd też siła przetargowa dostawców jest bardzo wysoka.

Tabela 30.
Siła oddziaływania dostawców na sektor

Czynnik	Siła oddziaływania na sektor					
	Brak 0	Bardzo mała 1	Mała 2	Średnia 3	Duża 4	Bardzo duża 5
Stopień koncentracji sektora dostawcy			X			
Uzależnienie od jakości dostaw						X
Udział dostaw w kosztach				X		
Koszt zmiany dostawców			X			
Groźba integracji wprzód						X

Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań.

5.2 Siła nabywców

Nabywcy to osoby niepełnosprawne trwale i czasowo oraz podmioty nabywające usługi na ich rzecz. Można tu mówić o wielu grupach wiekowych, a w nich o klientach instytucjonalnych i indywidualnych, tych zaś podzielić na prywatnych i z sektora publicznego. Jednak, co ważne, nie można pominąć również rodzin osób niepełnosprawnych, które wspierają te osoby i poszukują dla nich zabiegów. Członkowie rodzin również będą odbiorcami produktów i usług, chociaż w charakterze bardziej pośrednim.

5.2.1 Stopień koncentracji sektora nabywców

Nabywcami usług ośrodków rehabilitacji są konsumenci, czyli osoby indywidualne i instytucje. W przypadku tej branży mamy do czynienia z dużym stopniem koncentracji. Jeśli dokonać podziału sektora na usługi rehabilitacji ruchowej, w tym rekreacji, *wellness*, kosmetyczne oraz usługi rehabilitacji psychologicznej,

to chociaż są to rynki zróżnicowane, jednak mogą być znacząco powiązane ze sobą, podczas gdy usługi oferowane przez nie są dopasowane do specyficznych potrzeb odrębnych nabywców w różnych grupach wiekowych i ze zróżnicowanymi rodzajami dysfunkcji ruchowych.

Respondenci wywiadów IDI/ITI 1 zwrócili uwagę, że coraz więcej osób przekonuje się do zabiegów rehabilitacyjnych, a w związku z tym liczba pacjentów badanych placówek z roku na rok będzie się zwiększać. Jednym z powodów jest coraz większe wyedukowanie i świadomość znaczenia rehabilitacji w życiu. Ponadto istotne może być przybywanie pacjentów spoza regionu.

5.2.2 Uzależnienie nabywców od jakości

Klienci przyzwyczajeni do wysokiego standardu pozostaną wierni swoim ulubionym ośrodkom nawet przy wzroście cen, ponieważ znana marka i odpowiednia pozycja na rynku budzi zaufanie. Przez jakość można tu rozumieć nie tylko jakość sprzętu, na którym firma pracuje, lecz także właściwe podejście do pacjenta oraz szerokość oferty, które wydają się nawet ważniejsze.

W czasach kryzysu jednak często większe znaczenie będzie mieć cena oferty, niż jej jakość. Wynika to z faktu, że wówczas zainteresowanie usługami finansowanymi w ramach kontraktów przez NFZ będzie większe, niż ofertą prywatną. Zdaniem badanych przedsiębiorstw (IDI/ITI 1) NFZ ma monopol na zamówienia usług rehabilitacyjnych i w ten sposób ogranicza prawa rynku. Co istotne, mimo dokonywania kontraktowania usług „nie weryfikuje się jakości świadczonych usług”. W wytycznych do zawierania kontraktów „jest przepis, że firmy, które do tej pory współpracowały, mają pierwszeństwo w podpisywaniu kolejnego kontraktu”. To wprowadza poważną barierę dla nowych podmiotów, które pojawiają się na rynku. Często są pomijane mimo inwestycji w nowoczesny sprzęt, dzięki któremu będą mogły świadczyć lepiej usługi. Kolejną kwestią jest wybór ofert do kontraktów na podstawie wysokości proponowanych cen. Problemem jest zatem raczej nie wywieranie nacisku przez bezpośredniego odbiorcę, lecz NFZ, który poprzez kontraktowanie usług wywiera wpływ na to, jaki rodzaj pacjentów do jakiej ilości i jakiej jakości usług rehabilitacyjnych będzie miał dostęp.

5.2.3 Udział w kosztach

Wielkość kosztów jest uzależniona od rodzaju nabywcy, rodzaju usług oraz intensywności tych usług. Dla osoby prywatnej korzystającej z dużą częstotliwością z usług rehabilitacyjnych ten udział w kosztach jest stosunkowo duży. W przeprowadzonych wywiadach IDI/ITI 1 zwrócono uwagę, że nabywcy rynku sektora zachowują się według zasad rynkowych – chcą otrzymać jak najlepszy produkt po możliwie najniższej cenie. Odbiorców jest wielu, są to osoby w różnym wieku. Jest też możliwość otrzymania przez nich usługi bezpłatnej na podstawie kontraktu ośrodka realizującego usługi lub w postaci płatnej.

Mimo zwiększania się liczby osób zainteresowanych nabyciem tego rodzaju usług nie występuje poprawa w zakresie kontraktowania rehabilitacji przez NFZ. Jest to szczególnie znaczący problem z punktu widzenia osób starszych. Widać, że ta grupa podmiotów szczególnie silnie wywiera presję na cenę ze względu na posiadanie niskich zasobów finansowych. Często jest to powodem długiego oczekiwania w kolejkach w państwowych ośrodkach zdrowia. Zdarza się, że nieraz starsi pacjenci, „nawet kosztem swojego zdrowia, wolą czekać w kolejkach i korzystać z refundowanych świadczeń, niż uzyskać pomoc w prywatnych gabinetach”. Zdaniem respondentów znaczenie mają tu nie tylko ograniczone środki finansowe, ale również „brak świadomości, że te same usługi mogą uzyskać szybciej, ale za dopłatą”.

Podsumowując, można stwierdzić, że udział sektora w kosztach odbiorcy jest głównie zależny od tego, czy dana osoba sama finansuje usługi, czy są one w całości lub częściowo pokryte przez NFZ czy KRUS.

Zawsze jednak będzie występowała stosunkowo wysoka presja ze strony nabywców na obniżanie ceny.

5.2.4 Koszty zmiany odbiorcy

Koszty zmiany dostawcy z perspektywy odbiorców są niskie ze względu na to, że łatwo mogą oni znaleźć innych dostawców. Będzie to skutkowało silniejszą presją na jakość i ceny usług świadczonych przez podmioty sektora rehabilitacji geriatrycznej.

5.2.5 Groźba integracji wstecz

W tym sektorze usług groźba integracji wstecznej jest niewielka, lecz występuje. Klient korzystający z usług rehabilitacyjnych może sam otworzyć ośrodek typu *wellness*, gdzie zatrudni odpowiedni personel. Wejście w posiadanie takiego ośrodka oraz zakup odpowiednich urządzeń będzie jednak wymagać dość sporych nakładów finansowych. Większym zagrożeniem byłoby tworzenie takich ośrodków przez NFZ czy fundusze ubezpieczeniowe. Ale i w tym przypadku prawdopodobieństwo takich działań należy ocenić jako znikome.

Tabela 31.
Siła oddziaływania odbiorców na sektor

Czynnik	Siła oddziaływania na sektor					
	Brak 0	Bardzo mała 1	Mała 2	Średnia 3	Duża 4	Bardzo duża 5
Stopień koncentracji sektora nabywców					X	
Uzależnienie nabywców od jakości					X	
Udział w kosztach					X	
Koszt zmiany odbiorcy		X				
Groźba integracji wstecz		X				

Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań.

5.3 Siła konkurencji w sektorze

Wśród konkurentów w sektorze wymienić można:

- gabinety i ośrodki rehabilitacyjne,
- sanatoria,
- zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze,
- zakłady opiekuńczo-lecznicze,
- opieka pielęgniarstwa i agencje opiekuńcze,
- ośrodki i domy pomocy społecznej,
- ośrodki pobytu dziennego, w tym świetlice,
- ośrodki SPA i *wellness*.

5.3.1 Liczba i siła konkurentów

Porównując między sobą placówki rehabilitacyjne świadczące te same usługi na rynku polskim i w województwie podlaskim, trzeba stwierdzić, że konkurencja nie jest aż tak duża. Nie konkurują jeszcze ze sobą ani szerokością oferty, ani ceną czy oferowanym standardem. Trzeba jednak uwzględnić fakt, że na rynku pojawiają się nowe ośrodki i gabinety. Ponadto należy zwrócić uwagę na możliwość pojawienia się zagranicznej oferty, jak i na szerszą promocję w województwie oferty z innych ośrodków krajowych. Nie należy zatem twierdzić, że tak silna pozycja lokalnych placówek, jaka jest obecnie na rynku województwa i która wynika z ciągłego nienasycenia rynku, zostanie utrzymana już na zawsze.

W ramach odpowiedzi, przedstawiciele ośrodków rehabilitacyjnych (IDI/ITI 1) zwrócili uwagę na występowanie współpracy z innymi ośrodkami, jeśli kompetencje personelu danej jednostki nie pozwalają na odpowiednie wsparcie pacjenta. Jednocześnie wskazano na brak specjalizacji placówek, co w przyszłości może prowadzić do wzmocnienia konkurencji w sektorze. Poza tym zauważono, że konkurencja cenowa i jakościowa niewątpliwie występuje. Jest to praca z człowiekiem, więc każdy musi sobie znaleźć takiego specjalistę, który odczuwa komfort ze współpracy z nim.

Ogólnie trzeba stwierdzić, że branża ta ciągle się rozwija. Obecna sytuacja jednak wskazuje na małą siłę oddziaływania liczby i siły konkurentów na sektor.

5.3.2 Tempo wzrostu sektora

Od 2007 roku w gospodarce światowej widać zdecydowane osłabienie koniunktury. Spowodowane jest to spadkiem koniunktury we wszystkich dziedzinach gospodarki i w głównej mierze jest związane z kryzysem gospodarczym. Taka sytuacja może prowadzić do zmniejszenia zainteresowania ofertą podmiotów działających na rynku, gdyż jest to obok turystyki branża w silnym stopniu wrażliwa na zmiany kosztów. Ludzie w trudnych sytuacjach tną zbędne koszty, a więc i rezygnują z usług ośrodków rehabilitacji, jak i innych, szczególnie jeśli ich oferta jest płatna.

Połowa respondentów (IDI/ITI 1) wskazała na brak lub bardzo niski poziom walki konkurencyjnej w sektorze. Sytuacja jest podobna zarówno w województwie, jak i w Polsce. Z roku na rok przybywa nowych gabinetów i ośrodków, jednak i tak jest to bardzo mało w porównaniu do potrzeb. Respondenci uważają, że nawet za kilka lat będzie to nadal stadium początkowe rozwoju sektora, gdyż tempo wzrostu branży w kraju i w województwie jest dość powolne.

5.3.3 Zróżnicowanie produktów i usług

W sektorze rehabilitacyjnym znajduje się ograniczona liczba podmiotów, które świadczą usługi. Ponadto ich oferta zazwyczaj nie jest wyspecjalizowana, a zróżnicowanie oferty zdeterminowane jest głównie poziomem wykształcenia personelu. Stąd też trudno mówić o silnym oddziaływaniu zróżnicowania oferty na sektor – raczej można ją określić jako bardzo małą.

5.3.4 Udział kosztów stałych

Biorąc pod uwagę ośrodki typu sanatoria czy SPA, trzeba się liczyć z dość wysokimi kosztami stałymi, które są związane z różnego rodzaju bieżącymi opłatami, między innymi na: energię elektryczną, gaz, administrację, personel. Takie wysokie koszty świadczą o małej elastyczności. Z drugiej strony mamy jednak

gabinet rehabilitacyjny lub działalność opartą na wynajmie świetlicy, która nie wymaga już aż tak dużych kosztów stałych.

5.3.5 Bariery wyjścia

Przedsiębiorstwu z branży rehabilitacyjnej o zróżnicowanej ofercie i szerokim zakresie działalności byłoby ciężko zmienić charakter świadczonych usług, co powiązane jest z wysokimi barierami wyjścia z rynku. Bariery wyjścia z rynku są dość duże, a głównie problem ten dotyczy ośrodków, które mają własną bazę lokalową. Większość to jednak podmioty, które nie mają tego typu problemów, a główną barierą może być profil wykształcenia, który determinuje zawód, jaki wykonują. Sprzedaż sprzętu, likwidacja gabinetów czy zwolnienia pracowników dla nikogo nie stanowiłyby poważniejszych kosztów. Ponadto możliwe jest chociażby zrezygnowanie z jednej grupy wiekowej odbiorców czy też z mniej dochodowych rodzajów rehabilitacji i przekształcenie jej w działalność oferującą usługi innego typu. W takim przypadku koszty zmiany nie będą znaczące. Oczywiście mogą wystąpić nieraz pewne ograniczenia sprzętowe, które mogą utrudniać tę zmianę, ale można dość łatwo przejść z rehabilitacji na ortopedię lub neurologię i zmienić grupy docelowe.

Tabela 32.
Siła konkurencji w sektorze

Czynnik	Siła oddziaływania na sektor					
	Brak 0	Bardzo mała 1	Mała 2	Średnia 3	Duża 4	Bardzo duża 5
Liczba i siła konkurentów			X			
Tempo wzrostu sektora			X			
Zróżnicowanie produktów		X				
Udział kosztów stałych				X		
Bariery wyjścia				X		

Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań.

5.4 Siła nowych usługodawców

Nowymi z punktu widzenia podmiotów sektora dostawcami mogliby być inwestorzy spoza regionu i z regionu, w tym podmioty zmieniające sektor działalności (np. przekształcanie hoteli w ośrodki rehabilitacyjne). Nowymi podmiotami, które mogłyby potencjalnie wejść na rynek są także firmy ubezpieczeniowe. Instytucje te mogłyby do swoich ubezpieczeń dołączać ofertę z zakresu rehabilitacji i podpisywać umowy z ośrodkami, które będą realizować te usługi.

5.4.1 Korzyści skali działania

Pośród korzyści skali, wynikających z wielkości branży z punktu widzenia ośrodków *wellness* oraz zajmujących się rehabilitacją – uzdrowisk, czy dużych zakładów opieki, można wymienić:

- Korzyści techniczne – dla rozwiniętej firmy specjalizacja pracy oznacza wyższą wydajność i jakość oferowanych usług.
- Handlowe – duże ośrodki często kooperują z dużą liczbą lokalnych podmiotów świadczących na ich rzecz szeroką gamę usług, np. z przedsiębiorstwami piorącymi, sprzątającymi. W takiej sytuacji wynajem tak

dużej liczby usług odbywa się na korzystniejszych warunkach. Ponadto większe ośrodki przy swoich przychodach mogą pozwolić sobie na większą działalność marketingową.

- Finansowe – dostęp do różnych źródeł kapitału – łatwiej jest zaciągać kredyty rozwiniętej firmie, występuje też spore zainteresowanie nią ze strony inwestorów krajowych, jak i zagranicznych. W takiej sytuacji znajduje się większość ośrodków świadczących usługi w sektorze.

Jednak dla gabinetów te korzyści są już bardzo ograniczone. Niewątpliwie można uznać, że skala działania przekładać się będzie na duże oddziaływanie na sektor.

5.4.2 Wymagania kapitałowe

Wymagania kapitałowe związane z budową ośrodka są bardzo wysokie, szczególnie jeśli ma być on wysokiej klasy. Jeśli zaś rozpatrzmy usługi turystyczne czy gastronomiczne związane z sektorem, to owe wymagania też są dość spore, ale zagrożenie wejścia na rynek nowych konkurentów jest o wiele większe. Gabinety rehabilitacyjne nie wymagają wysokich nakładów, jeśli uwzględni się, że część z nich polega na „pracy rękami”, jak w przypadku masażu. Stąd też ogólnie uznać można, że siła oddziaływania wymagań kapitałowych ogólnie dla sektora jest nieduża.

5.4.3 Siła marek i zróżnicowanie produktów

Wśród wiodących podmiotów branży można wyróżnić znane uzdrowiska w Polsce, jak Ciechocinek, Busko Zdrój, Szczawno Zdrój i Nałęczów. Można przyjąć, że mają one dużą renomę, ich marka i znak firmowy są rozpoznawane w całej Polsce, a nawet w innych krajach Europy. Posiadają bardzo silną pozycję na rynku krajowym i oferują szeroką gamę usług, między innymi: hotelarskie, gastronomiczne, przewozowe, turystyczne i rehabilitacyjne. Jeśli zaś chodzi o podmioty z województwa, to ich rozpoznawalność na rynku nie jest obecnie duża i w związku z tym zróżnicowanie oferty oraz siła marek ma mały wpływ na sektor.

Zdaniem uczestników badań (IDI/ITI 1) jest duże prawdopodobieństwo, że w najbliższym czasie pojawią się nowe gabinety i ośrodki zajmujące się rehabilitacją. Nie stanowi to jednak znaczącego powodu do obaw. Co za tym idzie, zagrożenie w postaci pojawienia się nowych usługodawców na rynku jest w opinii większości respondentów niewielkie. „Pacjent nasz pan, i to on zadecyduje, która rehabilitacja, jaki fizjoterapeuta, jaka atmosfera pracy, jakie koszty mu odpowiadają”. Zatem ważne jest, by były świadczone „usługi na wysokim poziomie i żeby prowadzeniem takich placówek zajmowały się osoby, które mają doświadczenie w rehabilitacji, a nie robiły to, bo uznają, że to dobry biznes”.

5.4.4 Dostęp do kanałów dystrybucji

Wydaje się, że łatwy dostęp do pełnej gamy usług rehabilitacyjnych i usług typu *wellness* gwarantuje klientom rozległa sieć sprzedaży, na którą składa się wiele oddziałów na terenie całego kraju. Kanały dystrybucji są kluczowe dla sukcesu takich podmiotów. Szczególne znaczenie odgrywa jednak współpraca np. z biurami turystycznymi, z NFZ, z KRUS, które poprzez zawieranie podmiotów w swojej ofercie ułatwiają dostęp do ich usług dla klientów.

5.4.5 Dostęp do technologii

Postęp technologiczny powoduje powstawanie nowych metod terapeutycznych. Dzięki nim wielu pacjentów może uniknąć niepełnosprawności lub znacznie ograniczyć jej skutki. Chodzi tu jednak raczej o sprzęt rehabilitacyjny do samodzielnego wykorzystywania przez pacjenta. Z punktu widzenia oferty podmiotów świadczących usługi, stosowane urządzenia rehabilitacyjne nie muszą być szczególnie zaawansowane technologicznie, aby można było na nich prowadzić zabiegi rehabilitacyjne. Ponadto większość zabiegów nie wymaga korzystania z żadnych urządzeń, np. masaż, ćwiczenia ruchowe.

Tabela 33.
Siła nowych usługodawców

Czynnik	Siła oddziaływania na sektor					
	Brak 0	Bardzo mała 1	Mała 2	Średnia 3	Duża 4	Bardzo duża 5
Korzyści skali działania					X	
Wymagania kapitałowe				X		
Siła marek i zróżnicowanie produktów			X			
Dostęp do kanałów dystrybucji						X
Dostęp do technologii		X				

Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Generalnie jednak należy ocenić, że we wstępnej fazie życia sektora w województwie podlaskim, wchodzenie nowych podmiotów nie tyle zagrozi istniejącym, co raczej wzmocni cały sektor. Można zatem przyjąć, że w ostatecznej wersji modelu pięciu sił Portera zasadnym jest przyjęcie założenia, że nie występuje negatywna zewnętrzna presja nowych wchodzących.

5.5 Siła substytutów

Wśród substytutów wymienić można:

- Lekarstwa,
- Pomoc członków rodziny,
- Bioenergoterapeutów,
- Inne formy medycyny niekonwencjonalnej,
- Ośrodki typu *fitness club*.

5.5.1 Dostępność substytutów

Jeśli chodzi o substytuty, takie jak leki, które uśmierzają ból i poprzez to w jakiś sposób niwelują dyskomfort związany z dysfunkcjami ruchowymi, to jest ich wiele. To, z jakiego substytutu skorzysta klient, zależy w dużym stopniu od jego preferencji, gdyż znaczna część leków jest dostępna bez recepty. Dostępność do tych substytutów na rynku jest ogromna, zatem jest duża konkurencja. Poza tym dostęp do nich wydaje się łatwiejszy, ponieważ apteki, przynajmniej w miastach, znajdują się niemal na każdym rogu. Wiele osób decyduje się również na korzystanie z pomocy bioenergoterapeutów czy innych rodzajów medycyny niekonwencjonalnej. Wiele osób, szczególnie w wieku po 45 do 55 roku życia, chętnie skorzysta z oferty różnych *fitness klubów*.

5.5.2 Użyteczność substytutów

Użyteczność substytutów na rynku polskim jest bardzo duża. Osoby o mniej zasobnych portfelach i mniej świadome zasadności stosowania rehabilitacji wybiorą raczej leki, które wydadzą im się skuteczniejsze.

Jednak zdaniem większości respondentów (IDI/ITI 1) trudno znaleźć coś, co mogłoby być substytutem dla rehabilitacji. W sumie najlepszym substytutem jest „po prostu ruch, spacer”. To najskuteczniejsza i najtańsza forma poprawy sprawności. Jednocześnie uznać można, iż nie stanowi raczej zagrożenia, lecz uzupełnienie dla rehabilitacji. Ponadto „wczesna edukacja społeczeństwa, że dbanie o zdrowie jest bardzo ważne i może pozwolić na uniknięcie wielu problemów w przyszłości, mogłoby w pewnym stopniu zastąpić rehabilitację”. Zwrócono także uwagę na to, że rehabilitacja to nie tylko poprawa wydolności fizycznej, ale i psychicznej, a nad tym mogą pracować także inne ośrodki niż strictly rehabilitacyjne. W sumie jednak analiza odpowiedzi udzielonych przez respondentów wskazuje, że generalnie nie ma czegoś takiego, jak substytut rehabilitacji, gdyż nic nie może jej zastąpić. Można mówić raczej o usługach i działaniach komplementarnych wobec usług rehabilitacyjnych.

5.5.3 Konkurencyjność cenowa

Generalnie na rynku brak konkurencji cenowej. I chociaż leki czy zabiegi bioenergoterapeutyczne są nieraz tańsze, to nie przynoszą takich efektów, jak zabiegi rehabilitacyjne. Cena leków jest często niższa niż cena usług rehabilitacyjnych, podobnie cena zajęć typu aerobik lub innych propozycji ćwiczeń w *fitness klubach*, gdzie są również różne promocje.

5.5.4 Nasilenie działań marketingowych

Można zauważyć, że działania marketingowe innych podmiotów związanych z rekreacją lub nawet z ofertą różnych leków są znaczące. Dla porównania, działania marketingowe podmiotów sektora rehabilitacji są bardzo ograniczone. Wydają one znacznie mniej pieniędzy na reklamę niż inne podmioty oferujące substytuty.

Tabela 34.
Siła nowych producentów i usługodawców

Czynnik	Siła oddziaływania na sektor					
	Brak 0	Bardzo mała 1	Mała 2	Średnia 3	Duża 4	Bardzo duża 5
Dostępność substytutów					X	
Użyteczność substytutów						X
Konkurencyjność cenowa				X		
Nasilenie działań marketingowych						X

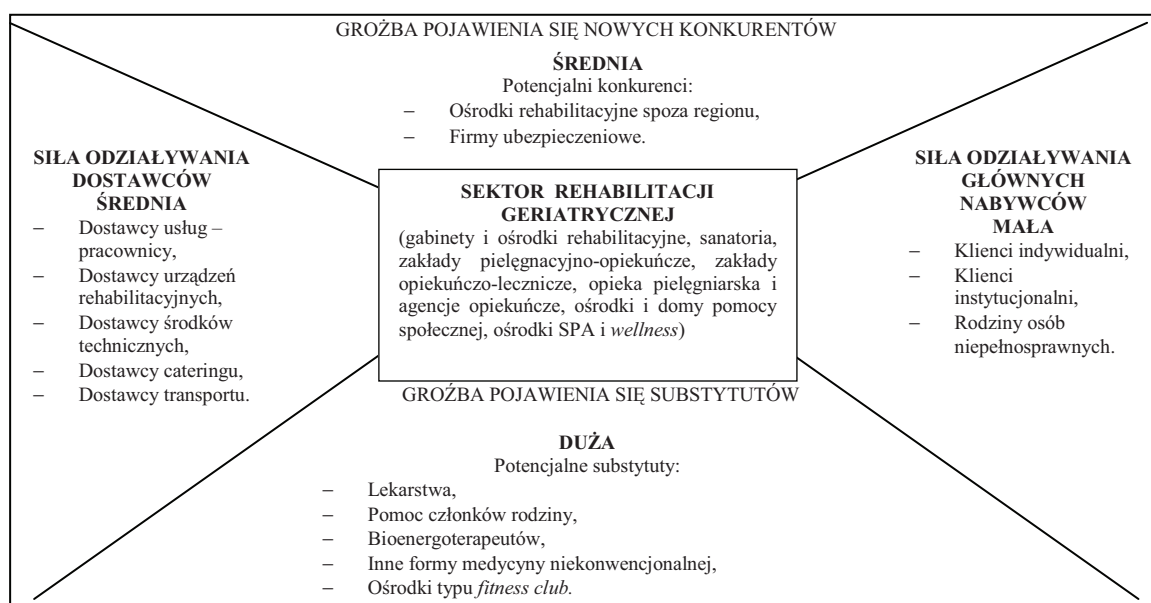
Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań.

5.6 Podsumowanie

Podsumowując, należy stwierdzić, że sytuacja sektora jest dość korzystna, a presja konkurencyjna umiarkowana. Jego możliwości rozwojowe i atrakcyjność są znaczne, gdyż presja ze strony dostawców jest średnia, a odbiorców mała. Można z tego wnioskować, że podmioty sektora nie są w znaczącym stopniu uzależnione od większej liczby dostawców, a często można wręcz mówić o braku takiej relacji. Ponadto sektor ma w większości odbiorców, którzy nie mają nań dużego wpływu, szczególnie że wiele podmiotów sektora ma w swej ofercie usługi zakontraktowane przez NFZ, co prowadzi do ograniczenia oddziaływania potencjalnych klientów.

Rysunek 3.

Prezentacji analizy pięciu sił Portera – konkurencyjności sektora



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Jednocześnie oceniono, że możliwości wejścia do sektora nowych usługodawców są średnie, ale nie wywołałyby negatywnych, lecz raczej pozytywne konsekwencje wzmocnienia całego sektora. Sytuację w sektorze pogarsza znacząco groźba pojawienia się na rynku substytutów, która jest duża. Niemniej zakłada się, że nie ma dużej szansy na pojawienie się nowego substytutu, który doskonale odpowiadałby ofercie z zakresu usług rehabilitacyjnych. Zaproponowane w prowadzonej wyżej analizie rodzaje substytutów w wielu przypadkach mogą też stanowić uzupełnienie oferty podmiotów zajmujących się rehabilitacją geriatryczną. Ponieważ ogólne bariery wejścia na rynek wydają się nie być zbyt wysokie, to zagrożenie ze strony nowych wejść na rynek wydaje się umiarkowane. Ponadto dostrzega się, że poziom walki konkurencyjnej jest mały, co pozytywnie oddziałuje na cały sektor i pozwala twierdzić, że siły konkurencji w sektorze pozwalają na jego dalszy rozwój.

VI. Analiza powiązań sektora z rynkiem pracy

W ramach trzeciego obszaru została podjęta próba analizy stanu zatrudnienia oraz zmian w zatrudnieniu w badanym potencjalnym obszarze wzrostu, w tym:

- analiza dostępności i zapotrzebowania na kadry (stopień i źródła zaspokojenia potrzeb kadrowych pracodawcy; stopień realizacji wymagań pracodawcy w zakresie: umiejętności i kwalifikacji, postaw pracowniczych, poziomu wynagrodzeń),
- analiza rozwoju kadr pracowniczych,
- prognoza zmian w zatrudnieniu.

W ramach trzeciego obszaru zostały zastosowane techniki badań, które pozwoliły na pozyskanie danych o stanie zatrudnienia i zmianach w zatrudnieniu na regionalnym rynku pracy. Wykorzystanie wybranych technik badawczych pozwoliło na ocenę stanu powiązań między sektorem rehabilitacji geriatrycznej a rynkiem pracy. Pierwszą z nich były badania desk research polegające na analizie dostępnych informacji dotyczących rynku pracy w województwie podlaskim oraz w Polsce, a jej wyniki zostały przedstawione wśród uwarunkowań rozwojowych sektora w rozdziale IV. Kolejnym krokiem było przeprowadzenie 10 indywidualnych wywiadów pogłębionych wśród przedstawicieli instytucji, w tym: jednej instytucji pośrednictwa pracy, pięciu szkół medycznych, w tym Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, jednej instytucji szkoleniowej, Urzędu Marszałkowskiego Województwa Podlaskiego – Departament Zdrowia i Departament Edukacji, Sportu i Turystyki oraz Podlaskiego Urzędu Wojewódzkiego – Wydział Polityki Społecznej oraz 13 wywiadów wśród przedsiębiorców (IDI/ITI 1). Następnie kwestie powiązań sektora z rynkiem pracy poruszono w trakcie zrealizowanego zogniskowanego wywiadu grupowego (FGI). W spotkaniu tym uczestniczyło siedmiu przedstawicieli następujących rodzajów instytucji: Urzędu Miejskiego w Augustowie, trzech instytucji edukacyjnych oraz jednej instytucji zajmującej się rynkiem turystycznym w regionie.

Drugim etapem w analizie powiązań sektora z rynkiem pracy było zastosowanie metody studium przypadku. Pozwoliło to na opracowanie studiów dobrych praktyk w zakresie współpracy wybranych podmiotów z danego sektora z rynkiem pracy. Badań dokonano na podstawie dostępnych danych dotyczących wybranych do opracowania studium przypadku podmiotów oraz przeprowadzonych indywidualnych wywiadów pogłębionych (IDI/ITI 3) w dwóch przedsiębiorstwach z sektora rehabilitacji.

6.1 Powiązania instytucji z sektorem rehabilitacji geriatrycznej

Przeprowadzone badania (IDI/ITI 2) wskazują, że spośród badanych instytucji pośrednictwa pracy, instytucji edukacyjnych i szkoleniowych, zaledwie jedna wskazała na brak powiązań z sektorem rehabilitacji geriatrycznej. Pozostałe zaś w swej działalności nie prowadzą działań, które są nakierowane bezpośrednio na ten sektor.

Powiązania te głównie dotyczyły kształcenia kadr (5 badanych podmiotów). Uznano, że w ramach dotychczas oferowanych kierunków kształcenia są takie zawody, jak technicy masażysty, opiekunowie medyczni, pielęgniarki i pracownicy medyczni, które obecnie nie są wyprofilowane bezpośrednio na rzecz usług dla osób starszych. Jednak profilowanie może być uzyskane w trakcie praktyki zawodowej. Analizowane podmioty nie mają kierunków kształcenia odnoszących się bezpośrednio do odbiorcy w starszym wieku, niemniej występują w ich programach nauczania pewne elementy z tego zakresu. W trakcie procesu kształcenia zwracana jest uwaga na potrzeby w zakresie pielęgnacji i opieki nad osobami starszymi czy też masażu dla osób starszych. Nie wspomniano o możliwym przygotowaniu kadr do nauczania z zakresu przygotowania do starości oraz udzielania osobom starszym wsparcia psychologicznego, informacyjnego i prawnego.

Pozostałe badane instytucje wskazały na bardzo ograniczony kontakt z sektorem, w postaci m.in. rejestru zakładów opieki zdrowotnej, w tym świadczących usługi w zakresie rehabilitacji oraz wsparcia uczestnictwa podmiotów zajmujących się rehabilitacją w takich przedsięwzięciach, jak giełdy pracy czy dni otwarte. Ponadto jeden z badanych podmiotów wskazał na współpracę z Departamentem Spraw Społecznych Urzędu Miejskiego w Białymstoku oraz realizował projekt dla grupy docelowej tzw. 50+. Jedna z instytucji wskazała zaś na współpracę z Domem Pomocy Społecznej im. Wiktorii Kowalewskiej w Łomży. Deklaracje te pozwalają na uznanie, iż obecne powiązania z sektorem rzadko cechują się systematycznymi kontaktami i gruntowną znajomością jego potrzeb.

6.2 Możliwości współpracy w sektorze rehabilitacji geriatrycznej

Ogólnie jest zainteresowanie ze strony instytucji (IDI/ITI 2) współpracą z podmiotami działającymi w sektorze rehabilitacji geriatrycznej. Można uznać wręcz, że istnieje duża otwartość na tego rodzaju aktywność. Jednocześnie jednak badane instytucje nie wiedzą, jaka mogłaby być ich rola w tym działaniu – w jakim zakresie znalazłyby się w pozycji wzajemności, a w jakim nadrzędności lub podrzędności. Widzą mimo to konieczność podejmowania współpracy przy rozwiązywaniu pojawiających się problemów z innymi podmiotami jako warunek konieczny rozwoju sektora w przyszłości. Jeden z podmiotów wskazał na takie możliwe obszary współpracy, jak wymiana doświadczeń oraz wspólnie ustanowienie poziomu usług i świadczeń.

Za uzasadnienie podejmowania działań na rzecz współpracy można uznać, iż „połączenie wszystkich sił podmiotów miałyby wpływ na rozbudzenie potrzeb i przełamanie mentalności społeczeństwa”. Zdaniem innego respondenta sprzyjałoby wprowadzeniu studenta do tematyki poprzez poprawę dostępu do zajęć praktycznych i praktyk zawodowych oraz zaznajomieniu się zarówno pracowników instytucji edukacji, jak i samych studentów, „z nowoczesnymi metodami rehabilitacji i sprzętem”. Wskazano również na zasadność tworzenia miejsc, gdzie będą się spotykać osoby starsze i gdzie będą mogły być rehabilitowane – w ten sposób korzystający z usług mieliby okazję do ustanowienia nowych znajomości z rówieśnikami, co mogłoby dodatkowo ograniczyć rozwój zjawiska osamotnienia ludzi starszych. Zwrócono przy tym uwagę na kwestię konieczności równego traktowania osób starszych z osobami młodszymi, które również są poddawane rehabilitacji – należy zapobiegać pojawianiu się przejawów dyskryminacji ze względu na wiek np. przy prowadzeniu szkoleń, obsłudze klientów i świadczeniu usług.

Jedna z instytucji widzi możliwość swojego zaangażowania w zakresie prowadzenia ewidencji i przekazywania podmiotom informacji o potrzebach zgłaszanych przez przedsiębiorstwa z sektora. Inna zaś dostrzega szansę w udzielaniu wsparcia podmiotom sektora poprzez poszerzenie swojej oferty o doradztwo oraz usługi szkoleniowe obejmujące zagadnienia rehabilitacji osób starszych.

Wskazano przy tym, że samorząd województwa podlaskiego może podejmować działania z podmiotami sektora w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki. Została również zaproponowana możliwość ułatwienia włączenia się naukowców, lekarzy, przedstawicieli samorządu, placówek opiekuńczych, przedsiębiorstw i organizacji pozarządowych do realizacji programu Unii Europejskiej EUNAAPA (Europejska Sieć Wspierająca Aktywność Fizyczną wśród Osób Starszych), umożliwiającego wymianę wiedzy z zakresu promocji aktywności fizycznej i zdrowego stylu życia, prowadzenia ćwiczeń i treningów oraz korzystania z przyrządów rehabilitacyjnych i pomiarowych.

Analiza wyników badań przedsiębiorstw z sektora (IDI/ITI 1) w odniesieniu do kwestii współpracy z instytucjami wskazuje, że zdecydowana większość respondentów (6 podmiotów) nie współpracowała i nie współpracuje z żadnymi instytucjami. Pozostali wskazali na Wojewódzki Urząd Pracy w Białymstoku (WUP) – 2 podmioty – oraz Powiatowy Urząd Pracy w Łomży. Powiązania te dotyczyły przyjęcia stażystów. Przy czym

jeden z respondentów bardzo pozytywnie wypowiadał się na ten temat, wskazując, że ma to miejsce co roku i większość kadry, którą zatrudnia, została pozyskana przy współpracy z WUP w Białymstoku. Kolejny respondent nie był zaś zadowolony z osoby na stażu, co doprowadziło do zniechęcenia i raczej wskazuje, że nie będzie korzystać z tej formy współpracy w przyszłości. Inny podmiot współpracował z PUP w Łomży w zakresie niezwiązanym bezpośrednio ze specyfiką firmy. Współpraca dotyczyła zatrudnienia bezrobotnych nie tylko na staże, ale i do prac interwencyjnych oraz robót publicznych.

Przedstawiciele podmiotów świadczących usługi z zakresu rehabilitacji, w trakcie wywiadów IDI/ITI 1, zwrócili uwagę na kilka podmiotów, z którymi mogliby podjąć współpracę w przyszłości, w tym z Uniwersytetem Medycznym w Białymstoku i innymi uczelniami. Jako zasadniczy powód wskazali na współpracę w zakresie określenia oczekiwań ze strony przyszłego pracodawcy, jak i lepszej możliwości pozyskania do pracy studentów, którzy kończą uczelnię. Innymi wymienionymi podmiotami są urzędy pracy oraz Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PEFRON) w zakresie wsparcia rehabilitacji. Wskazano także na Zakład Ubezpieczeń Społecznych i Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, które kierują pacjentów do ośrodków specjalistycznych. Pojawiła się też odpowiedź dotycząca zasadności współpracy z lekarzami pierwszego kontaktu oraz specjalistami z zakresu rehabilitacji, co pozwoliłoby na skrócenie czasu uzyskania przez pacjenta kontaktu z rehabilitantem – okazuje się, że częstą praktyką jest nieuwzględnianie rehabilitacji przez samych lekarzy i zalecenie przez nich leczenia farmakologicznego lub operacyjnego w przypadkach, gdy nie byłoby to aż tak konieczne. Na korzyści z podjęcia takiej współpracy wskazały 4 z badanych podmiotów.

Innym cieszącym się zainteresowaniem respondentów podmiotem są placówki szkoleniowe, które posiadają certyfikaty uznawane w kraju i zagranicą.

6.3 Analiza dostępności i zapotrzebowania na kadry

Wyniki badań instytucji (IDI/ITI 2) wskazują na liczne utrudnienia w zakresie możliwości pozyskania pracowników dla sektora. Zdaniem jednego z respondentów instytucja, którą reprezentuje, jest bardzo zainteresowana rozwojem tego obszaru. Zwrócił jednak uwagę, że powodem ograniczonego dostępu do kadr jest ograniczone zainteresowanie młodzieży takimi kierunkami edukacji, jak rehabilitacja, gdyż jej przedstawiciele wolą zamiast tego studiować zarządzanie, marketing czy kosmetologię, które wymagają mniejszego wysiłku związanego z praktyką zawodową. Niemniej można sądzić, iż niska popularność kształcenia z zakresu rehabilitacji wynika również z innych powodów, jak np. słabszej promocji tego kierunku kształcenia. Zauważono ponadto, że również osoby bezrobotne, które mogłyby zdobyć nowy zawód, rzadko są tym zainteresowane, gdyż „nie odczuwają ochoty chodzenia do szkoły i uczenia się” – niemniej takie opinie można uznać za przesadne i mylne uogólnienia.

Zwrócono ponadto uwagę na płynące z prasy i telewizji informacje o kolejkach do gabinetów rehabilitacyjnych, co oznacza niewątpliwie trudności w zaspokojeniu obecnych potrzeb w zakresie usług rehabilitacyjnych bez względu na wiek pacjenta.

Pojawiło się jednocześnie twierdzenie, że nie tyle występuje w regionie niedobór kadr, co raczej można mówić o niewystarczającej liczbie podmiotów, gdzie mogą być podejmowane staże przez już kształcące się osoby.

Jeśliby jednak mówić o ograniczonym dostępie do kadr, to może on wynikać przede wszystkim z niskiego wynagrodzenia tychże. Inne ograniczenie to brak wyspecjalizowanych szkoleń. Jednocześnie pojawiła się odpowiedź sugerująca, że zagadnienie rehabilitacji geriatrycznej to nie tylko rehabilitacja ruchowa, ale i inne jej formy, równie ważne dla człowieka w wieku podeszłym. Poważnym problemem jest też odpływ kadry

medycznej z regionu za granicę.

Wśród najczęściej wymienianych zawodów, których pojawienie się na rynku będzie skorelowane z rozwojem sektora w województwie podlaskim, są fizjoterapeuci, ale specjalizujący się w rehabilitacji geriatrycznej. Ponadto znaczenie mają magistrowie i technicy rehabilitacji. Wspominano również o zawodach opiekuna osoby starszej oraz animatora zajęć.

Co ważne, respondenci są także świadomi, że ze względu na wielodyscyplinarność, która jest cechą opieki geriatrycznej i przez to nakłada określony sposób organizowania świadczeń lekarskich oraz pomocy społecznej, konieczne jest tworzenie zespołów profesjonalistów z różnych dziedzin, w tym: lekarzy, pielęgniarek, pracowników socjalnych, fizjoterapeutów, psychologów, dietetyków, terapeutów zajęciowych oraz opiekunów formalnych i nieformalnych. To szerokie spektrum zawodów wymusza zmiany w systemie kształcenia.

Wśród odpowiedzi związanych z analizowanym obszarem wzrostu pojawiła się również opinia wskazująca na zasadność powiązania rehabilitacji z usługami typu *wellness* – wychodząca poza ramy myślowe większości respondentów. Jednocześnie obok zawodów medycznych wskazane zostały zawody kosmetyczne, obsługa gastronomii i hoteli oraz rozwój branży organizatorów czasu wolnego – rekreacyjno-kulturalnej.

Jeśli zaś chodzi o przedsiębiorstwa (IDI/ITI 1), to tu zdania w zakresie dostępności do kadr w województwie podlaskim są podzielone. Z jednej strony pojawiły się głosy wskazujące na niedobór kadr, w tym chociażby wykwalifikowanych masażystów. Z drugiej zaś jeden z respondentów wskazał na bardzo pozytywną współpracę z Wyższą Szkołą Kosmetologii i Ochrony Zdrowia w Białymstoku. Ma dzięki temu możliwość zatrudnienia odpowiednio wykwalifikowanej kadry.

Większość jednak podziela opinię, że jest wyszkolona kadra, a więc taka z dyplomem szkoły lub uczelni wyższej, natomiast brak jej specjalizacji. Zwrócono uwagę na niedobór ośrodków, które ułatwiłyby odbycie praktyk, uczyły kontaktu z pacjentem, stąd tego rodzaju działania przenoszą się dopiero na etap zatrudnienia. Poza tym absolwenci często nie są przekonani co do tego, czy chcą pracować w tym zawodzie i nie mają chęci pogłębiania wiedzy oraz umiejętności. Oczekuje się, że już na etapie kształcenia powinno być swego rodzaju „sito, gdzie osoby mogłyby się sprawdzić, czy rzeczywiście chcą pracować z pacjentami, ponieważ (...) wybierając taki kierunek, nie do końca zdają sobie sprawę z tego, z czym wiąże się ten zawód i jak ciężki może on być, szczególnie w przypadku pracy ze starszymi osobami”.

Zwrócono też uwagę na fakt, że nie ma w województwie uczelni szkolącej w zakresie rehabilitacji geriatrycznej, a co istotne, w istniejących brak takiego przedmiotu. W konsekwencji problemem jest też konieczność doksztalcania osób już w ramach zatrudnienia, w miejscu pracy.

Jeśli zaś chodzi o niedobór, to zauważa się głównie brak fizjoterapeutów ze specjalnością geriatra, co potwierdzają odpowiedzi badanych instytucji. Ponadto za szczególnie niepokojący należy uznać brak lekarzy geriatrów – co jest zgodne z trendami w całej Polsce. Są też deficyty w odniesieniu do zawodów psychologa i logopedy.

Zdaniem uczestników Grupy Fokusowej (FGI) zapotrzebowanie na kadry w analizowanym sektorze jest duże, czy nawet bardzo duże. Spójne z wynikami wcześniej przeprowadzonych wywiadów indywidualnych jest też wskazanie na fakt, że magistrów rehabilitantów jest wielu, ale problemem jest brak ich specjalizacji i programów praktyk zawodowych. Wskazano, że nie ma instytucjonalnego „rozdzielnictwa” w tym zakresie mimo występującej chęci otworzenia takiej specjalizacji w klinice w Białymstoku. Można więc uznać, że na terenie województwa brakuje specjalistów z zakresu rehabilitacji.

6.4 Oczekiwania podmiotów sektora w zakresie: umiejętności, kwalifikacji, postaw pracowniczych

Wśród najczęściej oczekiwanych postaw pracowniczych ze strony badanych przedsiębiorstw (IDI/ITI1) pojawiły się zagadnienia związane z cechami osobowości. Szczególnie często zwracano uwagę na: empatię, sumienność, uczciwość, pracowitość, ale też asertywność. Bardzo ważne są również umiejętności elastycznego, indywidualnego podejścia do pacjenta oraz dbanie o zgodność postępowania z właściwą etyką zawodową.

Jeśli chodzi o umiejętności i kwalifikacje, respondenci zwracają uwagę na fakt, że wykształcenie szkolne zazwyczaj nie jest wystarczające, lecz dopiero praktyka, i to w „dobrym miejscu”, jest najlepszym sposobem na pozyskanie odpowiednich umiejętności w poszczególnych zawodach związanych z rehabilitacją. Ponadto wskazywano na konieczność ciągłego doksztalcania się w tych zawodach. Często dodatkowe kursy są wręcz zalecane przez pracodawców, co sprzyja lepszemu odpowiadaniu na potrzeby klientów.

6.5 Analiza rozwoju kadr pracowniczych

Zaledwie dwóch respondentów w grupie przedsiębiorstw (IDI/ITI 1) wskazało na fakt nieprowadzenia szkoleń. Pozostali realizują je w ramach prowadzonej działalności lub korzystają ze szkoleń zewnętrznych. Generalnie okazuje się, że zdaniem respondentów nie ma szkoleń, a jeśli są, to bardzo rzadko organizowane w województwie podlaskim. Wśród ośrodków, które prowadzą profesjonalne szkolenia z zakresu rehabilitacji, wskazano Bydgoszcz, Warszawę, Kraków oraz Wrocław. Prowadzącymi je są często osoby z zagranicy, ponadto uczestnicy otrzymują międzynarodowe certyfikaty ich ukończenia. Wadą jest często bardzo wysoka cena oraz fakt, że są dość rzadko organizowane, co wymaga nieraz długiego oczekiwania na nie. Jeden z respondentów stwierdził, że gdy zatrudnia osobę od razu po ukończeniu szkoły, to w umowie zobowiązuje ją do odbycia co najmniej dwóch szkoleń w ciągu roku.

Częstą praktyką jest również szkolenie stanowiskowe oraz stosowanie tzw. odpraw, w trakcie których następuje omówienie bieżących kwestii związanych z prowadzeniem zabiegów.

Tylko jeden z respondentów wskazał na zalety współpracy z jedną z uczelni wyższych w Białymstoku i uznał, że nie występuje w jego przedsiębiorstwie konieczność wysyłania pracowników na szkolenia zewnętrzne. Zwrócił przy tym uwagę, że również w Białymstoku wykładają profesorowie spoza województwa.

6.6 Prognoza zmian w zatrudnieniu

Na podstawie wywiadów z przedstawicielami instytucji (IDI/ITI 2) można uznać, że prognozy rozwoju sektora rehabilitacji geriatrycznej, a co za tym idzie, wzrostu zatrudnienia w nim, wydają się być bardzo optymistyczne. Podkreśla się, że starzenie społeczeństwa będzie prowadzić do wzrostu zapotrzebowania na rehabilitantów. Niektórzy z respondentów wręcz uznali, że ten obszar „ma przed sobą największe możliwości rozwoju”. Wynika to chociażby z faktu, że coraz więcej schorzeń jest wyleczalnych, a rozwój medycyny sprzyja wzrostowi wskaźnika długości trwania życia. Stąd też jest to wręcz „przyszłościowy kierunek działania”. Nie chodzi jednak tylko o rehabilitację, zatem pojęcie to należałoby poszerzyć o opiekę nad osobami starszymi.

Inny z respondentów poszedł w swych wypowiedziach jeszcze dalej, do zasadności ujęcia tego obszaru jako całości w postaci „zdrowia i urody”, który łączy w sobie zagadnienie prowadzenia zabiegów i opieki.

Skąd takie pozytywne prognozy dla rozwoju sektora? Oczywiście główny powód to wzrost liczebności ludzi starszych. Obok jednak pojawiają się inne pozytywne aspekty, jak podejście do zdrowia i zdrowego stylu życia, czy „wizerunek osoby w podeszłym wieku, która jest uśmiechnięta, aktywna, udziela się; osoby, która

chce funkcjonować w społeczeństwie”. Zwraca się przy tym uwagę na konieczność zmian w polityce kadrowej w takich sferach, jak: warunki pracy, warunki płacowe oraz „rozwiązania instytucjonalne kształcenia kadr”.

Jeśli zaś chodzi o badanie przedsiębiorstw (IDI/ITI 1), to dwóch respondentów nie potrafiło udzielić odpowiedzi na tak postawione pytanie. Niemal połowa respondentów wskazała na „ogromne”, „nieograniczone”, czy też „bardzo dobre” prognozy rozwoju zatrudnienia w tym obszarze. Jednocześnie jednak zwracano uwagę na fakt, czy dojdzie do powstania takiego sektora. Wiadomo już, że jest sporo osób kształcących się w tym kierunku, a zainteresowanie z punktu widzenia pracodawców rośnie. Ponadto widać, że obecnie nie ma trudności ze znalezieniem pracy zaraz „po studiach czy nawet po licencjacie”. Widać też tendencje w kierunku otwierania własnej działalności przez absolwentów szkół związanych z rehabilitacją oraz terapiami manualnymi. Dostrzega się także coraz bardziej rosnące zainteresowanie ze strony potencjalnych klientów. Niemniej zwrócono uwagę, że wzrost zatrudnienia będzie związany ze zwiększeniem jakości świadczonych usług i nastawieniem na indywidualizację podejścia do świadczonych usług pracy.

Uczestnicy spotkania Grupy Fokusowej (FGI) również uważają, że rozwój sektora może wpłynąć na zmiany w zatrudnieniu. Ich zdaniem kierunkiem może być kształcenie w zakresie pielęgniarstwa oraz rehabilitacji. Zwrócono przy tym uwagę na znaczenie takich zawodów, jak pracownik socjalny czy pedagog. W województwie kształcą się również techników w dziedzinie zaopatrzenia ortopedycznego. Ponadto powstał kierunek biotechnologii i jest obawa, że po ukończeniu studiów jego absolwenci mogą mieć trudności w znalezieniu pracy, jeśli nie będzie otwartości na współpracę z podmiotami zajmującymi się rehabilitacją.

Szacuje się, że względem dotychczasowego zatrudnienia skala zmian na rynku pracy wynikających z rozwoju sektora może być nawet trzykrotna, gdyż jest aż tak duże zapotrzebowanie na kadry. Zdaniem uczestników spotkania główny problem w chwili obecnej to jednak brak możliwości realizacji kontraktów z NFZ oraz korzystania z już istniejącej bazy.

Ponadto zwrócono uwagę (FGI), że zmiana kierunków kształcenia będzie nie tylko kwestią związaną z rehabilitacją medyczną, ale i z wszystkimi sprawami dotyczącymi innych rodzajów oferty. Chodzi tu również o kadry związane z sektorem turystyki, pielęgnacji ciała czy gastronomii.

6.7 Kierunki oddziaływania instytucji na sektor

Podstawowy kierunek to kształcenie, na który wskazało 8 z badanych instytucji otoczenia (IDI/ITI 2). Zwracano przy tym uwagę na specjalizację tego kształcenia pod kątem nowych, rodzących się oczekiwań starzejącego się społeczeństwa. Konieczna jest przy tym współpraca z potencjalnymi pracodawcami. Jednocześnie znaczna liczba respondentów wskazała na konieczność wyklarowania zagadnień związanych z rehabilitacją i geriatrią, które miałyby polegać na wyznaczeniu standardów związanych z zawodami dotyczącymi ludzi starszych i dopasowaniu ich do rynku edukacyjnego. Wskazano, że rehabilitacja wymaga współpracy z pracownikami socjalnymi, którzy dzięki temu mogliby organizować terapie zajęciowe lub rehabilitację w warunkach domowych pacjenta. Prowadzenie analiz w tym zakresie pozwoliłoby na sformułowanie zaleceń i rozwiązań w zakresie nie tylko kształcenia, ale i zatrudnienia kadry.

Daleko bardziej idące wnioski można wyciągnąć z innych wypowiedzi, w których zwrócono uwagę na zasadność stworzenia programu rozwoju rehabilitacji geriatrycznej na poziomie województwa lub też w postaci dokumentu ogólnopolskiego. Stworzenie go pozwoliłoby na wytyczenie nie tylko planu działania i podmiotów do jego realizacji, ale również mogłyby iść za tym odpowiednie pieniądze na taki kierunek rozwoju polityki społecznej w kraju lub regionie. Zwrócono przy tym uwagę na przydatność prowadzenia badań i analiz rynku pracy z jednej strony oraz rozeznania potrzeb zdrowotnych poszczególnych grup ludności, zwłaszcza osób starszych, z drugiej. Inny respondent jednocześnie zwrócił uwagę na zasadność ogólnopolskiej kampanii na

rzecz osób starszych, która pozwoliłaby na wskazanie zalet z pracy z osobami starszymi nie tylko dla samego zainteresowanego, ale i dla prowadzących je specjalistów. Podstawowym problemem może być niedobór kadr do kształcenia specjalistów.

Uczestnicy Grupy Fokusowej (FGI) ponadto wskazali na brak wsparcia w zakresie rozwoju kadry ze strony Wojewódzkiego Urzędu Pracy w Białymstoku. Jeden z respondentów zwrócił też uwagę na niedobory w zakresie planowania przestrzennego dotyczącego w szczególności eliminacji barier architektonicznych i lecznictwa uzdrowiskowego.

6.8 Studium przypadku 1. ABM Rehabilitacja

6.8.1 Ogólna charakterystyka podmiotu

Podstawową działalnością firmy „ABM Rehabilitacja” jest rehabilitacja ortopedyczna. Ponadto, jak wynika z wypowiedzi właściciela firmy oraz informacji zamieszczonych na stronie internetowej przedsiębiorstwa, w ramach struktury rodzajowej usług ABM Rehabilitacja znajduje się również rehabilitacja osób starszych. W przypadku działalności podstawowej – rehabilitacji ortopedycznej, przedsiębiorstwo dostosowuje program usprawniania pacjenta do właściwego tygodnia po operacji i jego zdolności ruchowej. Zabiegi rehabilitacyjne są prowadzone w trakcie zajęć indywidualnych: jeden pacjent – jeden fizjoterapeuta. Dodatkowo w ofercie przedsiębiorstwa znajduje się również możliwość skorzystania z masażu leczniczego i relaksacyjnego.

Oprócz typowej działalności leczniczej przywracającej pacjenta do sprawności ruchowej, na stronie internetowej przedsiębiorstwa można również odnaleźć elementy edukacyjne. Właściciel firmy zamieszcza szereg artykułów i porad związanych z utrzymywaniem sprawności ruchowej i sposobów oraz zasad korzystania z urządzeń i pomieszczeń służących utrzymaniu sprawności ruchowej, a także artykuły z zakresu pierwszej pomocy.

W pięcioletniej historii funkcjonowania przedsiębiorstwa ABM Rehabilitacja, miała miejsce współpraca ze znanymi podmiotami i osobami fizycznymi, tak w skali regionu, jak i całego kraju. Z usług firmy skorzystali m.in.: Jagiellonia Białystok SA, Pronar, AZS, Zeto Białystok, kadra Polski juniorów w piłce siatkowej, kadra B Polski w piłce siatkowej męskiej. Na bieżąco firma utrzymuje ścisłą współpracę z lekarzami, pozostając w bezpośrednim kontakcie merytorycznym, oraz z Arkadiuszem Leszczyńskim i Joanną Zapolską – właścicielami fitness klubu MANIAC GYM, a także z TU Allianz / Mondial Assistance (Elvia) czy SodexoPass.

6.8.2 Aktualne zatrudnienie i dostępność kadr

Obecnie w firmie ABM Rehabilitacja zatrudnionych jest trzech w pełni wykwalifikowanych fizjoterapeutów, którzy dzięki swoim kwalifikacjom i doświadczeniu oferują znaczny zakres zabiegów i usług rehabilitacyjnych, w tym również masażu.

W przedsiębiorstwie położono silny nacisk na kompetencje i kwalifikacje kadr. Każda zatrudniona w ABM Rehabilitacja nowa, młoda osoba po szkole w jednym z punktów umowy podpisuje zobowiązanie do odbycia przynajmniej dwóch szkoleń w ciągu roku. Oprócz tego w planie tygodniowym firmy jedna godzina jest poświęcona na przeprowadzanie szkolenia wewnętrznego. Szkolenia zewnętrzne dla kadry są dofinansowywane ze środków własnych przedsiębiorstwa. Są to szkolenia kierunkowe, głównie ze względu na profil działalności, w kierunku ortopedycznym. Wszelkie szkolenia zewnętrzne są poza terenem województwa podlaskiego.

Zdaniem właścicieli przedsiębiorstwa łatwiej jest wysłać osoby na szkolenia organizowane w Polsce, niż przyciągnąć firmy szkoleniowe do Białegostoku. W ostatnim czasie na potrzeby własnych kadr zorganizowano szkolenia z udzielania pierwszej pomocy.

Od swoich pracowników ABM Rehabilitacja oczekuje przede wszystkim empatii – czyli wycucia potrzeb pacjenta. Ogromny nacisk kładziony jest w przedsiębiorstwie również na indywidualizację podejścia do pacjenta. Pracownik musi być osobą cierpliwą, ponieważ czasami dobre słowo jest bezcennym dodatkiem do zabiegu. Ponadto często oprócz wykształcenia konieczna jest praktyka, i to praktyka w dobrym miejscu.

Firma ABM Rehabilitacja tworzy też bazę danych o terapeutach i masażystach poszukujących pracy. Baza tworzona przez przedsiębiorstwo stanowi zasób informacyjny określający osoby deklarujące chęć podjęcia pracy, zarówno na zasadach etatowych, jak i dodatkowych. Informacje o zasobach pracowniczych przedsiębiorstwo udostępnia za zgodą zainteresowanych osób innym podmiotom poszukującym pracowników.

6.8.3 Doświadczenia we współpracy z instytucjami rynku pracy

Doświadczenie przedsiębiorstwa ABM Rehabilitacja w zakresie współpracy z instytucjami rynku pracy związane jest z bezpośrednim zaangażowaniem właściciela przedsiębiorstwa w proces kształcenia pracowników sektora medycznego, w tym rehabilitacyjnego. Był on wieloletnim nauczycielem masażu w Medycznym Studium Zawodowym nr 1 na Wydziale Fizjoterapii w Białymstoku (1995-2005) oraz na Akademii Medycznej w Białymstoku na Wydziale Fizjoterapii (2003-2004). Doświadczenie zdobyte w trakcie lat praktyki edukacyjnej jest pogłębiane podczas prowadzenia własnej działalności gospodarczej z zakresu szeroko rozumianej rehabilitacji, w tym także rehabilitacji osób w starszym wieku. Firma bowiem oferuje szkolenia z masażu skierowane zarówno do osób, które, mając kontakt z medycyną (studenci, absolwenci), chciałyby na bazie zdobytej wiedzy poszerzyć jej zakres o techniki manualne, jak i do osób, które, mając podstawy wiedzy z masażu, mają problem z zastosowaniem ich w praktyce.

W bieżącej działalności ABM Rehabilitacja skorzystała z możliwości zatrudnienia jednej osoby na staż z Wojewódzkiego Urzędu Pracy w Białymstoku. W opinii właściciela przedsiębiorstwa ta forma pozyskiwania pracowników w odniesieniu do tej konkretnej osoby nie przyniosła właściwego efektu, ale ogólnie jest trafna i potrzebna.

Natomiast, jak wynika z wypowiedzi założyciela ABM Rehabilitacja, firma jest bardzo otwarta na współpracę z Uniwersytetem Medycznym, jako tą jednostką, która szkoli kadry na potrzeby takich firm, jak ABM Rehabilitacja, i oferuje wysoką jakość kształcenia. W ramach takiej współpracy ze swojej strony, jako doświadczony wcześniej dydaktyk i praktyk, mógłby dokładnie określić, czego oczekują i jakie mają potrzeby pracodawcy, tak by proces kształcenia kadr faktycznie umożliwił zaspokojenie potrzeb rynku pracy w sektorze rehabilitacyjnym, w tym w szczególności rehabilitacji geriatrycznej. Jeżeli chodzi o uczelnie prywatne, Wyższa Szkoła Kosmetologii i Ochrony Zdrowia otworzyła, jako pierwsza, kilka lat wstecz m.in. niestacjonarny kierunek fizjoterapii, umożliwiając studiowanie bez potrzeby opuszczania Białegostoku i obniżając tym samym koszty całkowite studiowania, co jest bardzo korzystne. Na tej uczelni studiuje jeden z pracowników firmy. Zdaniem właściciela firmy, kreatywny pracownik zgłasza chęć podjęcia pracy w Urzędzie Pracy, jak również u pracodawców.

Według właściciela firmy ABM Rehabilitacja kadra w regionie jest dobrze wykształcona, ale jej możliwości nie są w pełni wykorzystywane. Po części wynika to z faktu braku wyspecjalizowanych szkoleń. Dodatkowo winny powstać ośrodki, które umożliwiałyby odbywanie praktyki, uczyły kontaktu z pacjentem i byłyby miejscem weryfikacji określonych umiejętności. W takim centrum osoby mogłyby sprawdzić, czy rzeczywiście chcą pracować z pacjentami w danej dziedzinie medycyny, ponieważ idąc do szkoły, wybierając

dany kierunek, nie do końca zdają sobie sprawę z tego, z czym wiąże się zawód fizjoterapeuty i jak ciężki może on być. Szczególnie w przypadku pracy ze starszymi osobami.

6.8.4 Wnioski

ABM Rehabilitacja to firma o stosunkowo niewielkim stażu rynkowym, ale już o znacznym doświadczeniu, jeśli chodzi o usługi świadczone dla pacjentów indywidualnych czy też o współpracę z większymi zakładami pracy, które zgłaszają potrzeby usług rehabilitacyjnych. Dotychczasowy sukces przedsiębiorstwa w dużej mierze wynika z przyjętych wysokich wymagań, jeśli chodzi o jakość świadczonych usług zarówno przez właściciela przedsiębiorstwa, jak i zatrudniony personel. Realizacja tak postawionego celu w ABM Rehabilitacja jest możliwa dzięki systematycznemu procesowi szkolenia i doszkalania się osób wykonujących zabiegi rehabilitacyjne.

Jednak, by utrzymać ten proces w tym przedsiębiorstwie, jak i w innych podobnych w regionie, zasadne wydaje się wdrożenie trzech rzeczy w strukturach rynku pracy w województwie podlaskim. W pierwszej kolejności utrzymanie poziomu kształcenia i jego dalszy wzrost na kierunku fizjoterapia w naszych uczelniach. Drugim istotnym działaniem winno być usprawnianie procedur współpracy i możliwości pozyskiwania kadr do sektora za pośrednictwem Wojewódzkiego Urzędu Pracy w Białymstoku – największej instytucji pośrednictwa pracy w regionie. Trzeci element ułatwiający podnoszenie kwalifikacji oraz stwarzający możliwość uczestnictwa w szkoleniach specjalistycznych w regionie to wsparcie tego typu działań przez instytucje regionalne lub stworzenie centrum szkoleniowego dla całego sektora medycznego i poszczególnych jego elementów – w tym rehabilitacji, a w niej rehabilitacji geriatrycznej.

6.9. Studium przypadku 2. Integracyjne Centrum Wypoczynku, Edukacji i Rehabilitacji WBN „Maniówka”

6.9.1 Ogólna charakterystyka podmiotu

Ośrodek „Maniówka” jest jednostką organizacyjną Suwalskiej Izby Rolniczo-Turystycznej w Suwałkach. Położony jest u wrót Wigierskiego Parku Narodowego, we wsi Nowa Wieś, na skrzyżowaniu szlaków turystycznych oraz kultur pogranicza polsko-litewskiego. Jest otoczony atrakcyjnymi terenami do uprawiania turystyki aktywnej.

W swej ofercie ośrodek „Maniówka” posiada przede wszystkim turnusy usprawniająco-rekreacyjne. Są one kierowane do osób z dysfunkcją narządu ruchu, w tym dla osób poruszających się na wózkach inwalidzkich; narządu wzroku i słuchu; z upośledzeniem umysłowym; z chorobą psychiczną; z epilepsją. A także do osób z innymi dysfunkcjami i schorzeniami: autyzmem, mózgowym porażeniem dziecięcym, schorzeniami neurologicznymi, cukrzycą, Zespołem Downa. Ośrodek przyjmuje na pobyty zdrowotno-wypoczynkowe zarówno grupy zorganizowane do 42 osób, jak i osoby indywidualne według wpisu do rejestru oraz osoby z innymi schorzeniami.

W dodatkowej ofercie ośrodka zamieszczonej na stronie internetowej, jak i w ofercie w postaci ulotek i folderów dostępnych w szeregu instytucjach związanych z ochroną zdrowia i rehabilitacją na Suwalszczyźnie, znajdują się turnusy specjalistyczne dla osób niepełnosprawnych:

- rekreacyjno-sportowe i sportowe – jazda konna, rajdy rowerowe;
- szkoleniowe – obsługa komputera, sprzętu biurowego, nauka języków obcych;
- z programem rozwijającym zainteresowania i uzdolnienia – rzeźbiarskie, plastyczne, ceramiczne,

muzyczne;

- z programem nauki niezależnego funkcjonowania z niepełnosprawnością.

Ponadto „Maniówka” oferuje odpłatną rehabilitację leczniczą z hipoterapią, organizuje spotkania integracyjne i szkolenia oraz plenery artystyczne i imprezy okolicznościowe.

Wiosną 2009 roku dodatkowo oferta ośrodka zwiększyła się o możliwość rodzinnego wypoczynku z bogatą ofertą rekreacyjno-sportową.

W otoczeniu obiektu znajduje się szereg elementów składających się na infrastrukturę ośrodka lub elementy, z których osoby korzystające z wypoczynku i rehabilitacji mogą korzystać w ramach usług ośrodka lub za niewielką odpłatnością. Są to: tereny spacerowe z miejscami do wypoczynku (altanka, stoliki, ławy); teren rekreacyjny do gier i zabaw (nawierzchnia trawiasta); mała infrastruktura drewniana do ćwiczeń i zabaw dla dzieci, profesjonalny grill i zaciszne miejsce na ognisko; teren do prowadzenia hipoterapii; nieodpłatny parking, kort tenisowy, sklep ogólnospożywczy ok. 1,5 km; stadnina koni – możliwość nauki jazdy konnej. Jest też możliwość zakupu produktów z fermy strusi oraz gospodarstwa rolnego – mleka, serów, chleba, owoców i warzyw.

Ośrodek, zgodnie z zapotrzebowaniem zgłaszanym przez uczestników pobytu w „Maniówce”, za dodatkową odpłatnością organizuje wycieczki jednodniowe do Wilna i Trok, dwudniowe pielgrzymki autokarowe: Wigry–Studzieniczna–Sejny–Wilno, wycieczki „Statkiem Papieskim” po jeziorze Wigry lub jeziorach i Kanale Augustowskim ze śluzowaniem, wieczorki regionalne z prezentacją kultury pogranicza – tzw. „Wieczory polskie i litewskie”.

Bogactwo oferty wraz wykwalifikowaną kadrą ośrodka ma służyć trzem głównym celom postawionym przez osobę kierującą ośrodkiem:

- poprawa ogólnego stanu zdrowia, sprawności fizycznej i umysłowej uczestników turnusów,
- poprawa aktywności i integracji osób z niepełnosprawnością,
- poprawa poziomu funkcjonowania i jakości życia osób z niepełnosprawnością.

„Maniówka” oferuje więc nie tylko dogodne miejsce do wypoczynku, ale przede wszystkim bogatą ofertę rehabilitacyjną i rekreacyjną.

6.9.2 Aktualne zatrudnienie i dostępność kadr

Obecnie w Integracyjnym Centrum Wypoczynku, Edukacji i Rehabilitacji WBN „Maniówka” zatrudnionych jest 12 osób. Jak wynika z wypowiedzi osoby kierującej ośrodkiem, pani Hanny Borys-Maluchnik, jest to kadra w pełni profesjonalna, z którą współpracuje już od dłuższego czasu i jest zadowolona z jakości pracy świadczonej przez poszczególne osoby. Wśród wymagań stawianych pracownikom znajduje się przede wszystkim fachowość, rzetelność, odpowiedni stosunek do pacjenta, dyskrecja, a także lojalność wobec pracodawcy.

W skład kadry ośrodka, w zależności od potrzeb wynikających z programu turnusu lub niepełnosprawności uczestników, wchodzi: kierownik turnusu, lekarz rehabilitacji medycznej i pielęgniarz; rehabilitanci, instruktorzy hipoterapii, terapeuci zajęciowi, pedagog, psycholog, instruktor rekreacji ruchowej, technolog żywienia, obsługa bloku żywieniowego, pracownicy techniczni oraz inni specjaliści w zależności od rodzaju turnusu i wzajemnych uzgodnień.

Zatrudniony w ośrodku personel do podstawowych zbiegów rehabilitacyjnych i terapeutycznych wykorzystuje klimatyzowane pomieszczenia do rehabilitacji: gabinet kinezyterapii, fizykoterapii oraz salę do terapii zajęciowej z zapleczem sanitarnym. W ośrodku i w jego otoczeniu zniesione są bariery architektoniczne. Baza noclegowa, ciągi komunikacyjne oraz wszystkie pomieszczenia ośrodka są przystosowane dla osób

poruszających się na wózkach inwalidzkich. W obiekcie zainstalowana jest winda dla osób niepełnosprawnych z dysfunkcją narządu ruchu. Dla osób niewidomych i słabo widzących wszystkie dostępne miejsca w ośrodku oznaczone są tabliczkami w alfabecie Braille'a. Dojście do obiektu i do miejsc wypoczynku umożliwiają odpowiednie pochylnie i podjazdy.

Obecnie ośrodek „Maniówka” nie ma potrzeby zatrudnienia nowych kadr. Jednak gdyby zaistniała potrzeba zatrudnienia masażyistów czy fizjoterapeutów w najbliższej przyszłości mogłoby to stanowić problem. Jak wynika z oceny osoby kierującej ośrodkiem, dostęp do w pełni wykwalifikowanych kadr na potrzeby sektora został w znacznym stopniu ograniczony skutkiem powodu likwidacji kilka lat temu w Suwałkach szkoły dla techników fizjoterapeutów. Kształciła ona, zdaniem respondenta, bardzo dobrych specjalistów w tym zakresie.

6.9.3 Doświadczenia we współpracy z instytucjami rynku pracy

Integracyjne Centrum Wypoczynku, Edukacji i Rehabilitacji WBN „Maniówka” podejmuje szereg działań, które stanowią ogniwo łączące je z instytucjami rynku pracy. Jednym z takich ciągłych działań jest przyjmowanie stażystów do ośrodka za pośrednictwem Powiatowego Urzędu Pracy w Suwałkach, który refunduje staże. Średnio rocznie „Maniówka” oferuje tego typu staże dla 2 osób.

Ponadto ośrodek ma za sobą współpracę partnerską z Powiatowym Urzędem Pracy (PUP) w Suwałkach w projekcie EQUAL. „Maniówka” prowadziła wówczas własny podprojekt, gdzie liderem było starostwo powiatowe. Zrealizowany z powodzeniem projekt dotyczył szkoleń zawodowych do zatrudnienia w agroturystyce osób po przebytym kryzysie psychicznym.

Ośrodek w przeszłości zatrudniał również osoby niepełnosprawne z dofinansowaniem z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON) za pośrednictwem urzędu pracy. Stworzono stanowisko pracy dla osoby niepełnosprawnej, jak też organizowano szereg szkoleń dla osób niepełnosprawnych, finansowanych z funduszy PFRON.

Obecnie Integracyjne Centrum Wypoczynku, Edukacji i Rehabilitacji WBN „Maniówka” ma złożony projekt partnerski z PUP w Suwałkach, PUP Sejnach i PUP Augustowie, dotyczący aktywizacji osób dotkniętych wykluczeniem społecznym do PO KL, działania 7.2.1. W ramach projektu przyjmowanie będą na szkolenia osoby bezrobotne i niepełnosprawne na specjalności: kucharz, pomoc kuchenna, ogrodnik obszarów zielonych, osoba sprzątająca.

Jak podkreśla koordynator ośrodka, „Maniówka” ma i miała dotychczas bardzo dobre relacje z instytucjami rynku pracy. Gdy ośrodek zwraca się do instytucji rynku pracy o pomoc, każdorazowo otrzymuje wsparcie. Ma też pełny dostęp do informacji i doradztwa ze strony tych instytucji.

6.9.4 Wnioski

Integracyjne Centrum Wypoczynku, Edukacji i Rehabilitacji WBN „Maniówka” jest obecnie podmiotem zatrudniającym wystarczający zasób kadrowy gwarantujący w pełni realizację statutowych działań i wyznaczonych celów. Godny podkreślenia jest fakt, iż ośrodek nie ogranicza się tylko do oczekiwań wobec rynku pracy, ale przede wszystkim wychodzi naprzeciw potrzebom rynku pracy, w szczególności osób czasowo z niego wykluczonych. „Maniówka” podejmuje działania partnerskie z instytucjami rynku pracy, by zapobiegać trwałemu wykluczeniu z rynku pracy osób niepełnosprawnych lub po przebytych chorobach psychicznych.

Ośrodek chwali sobie dotychczasową współpracę z instytucjami rynku pracy i liczy na kolejne sukcesy w realizacji partnerskich projektów na rzecz rynku pracy, w szczególności zaś na rzecz osób potrzebujących pomocy.

6.10 Podsumowanie

Można uznać, że powiązania badanych instytucji otoczenia biznesu: pośrednictwa pracy, instytucji edukacyjnych i szkoleniowych, z analizowanym sektorem, a co za tym idzie, z rynkiem pracy sektora, są dość luźne. Żaden z 9 badanych podmiotów nie wskazał na podejmowanie działań wyspecjalizowanych, które prowadziłyby do współpracy związanej z rehabilitacją lub innymi podobnymi usługami na rzecz osób starszych.

Podmioty prowadzące działalność związaną z rehabilitacją geriatryczną są otwarte i zainteresowane współpracą z innymi. Pojawiło się kilka pomysłów na podjęcie takiego współdziałania. Jednak, co istotne, wydaje się, że obecnie badane instytucje nie wiedzą, od czego powinny zacząć i czy zachodzi już zasadność podjęcia tego rodzaju działań. Jednocześnie wyniki badań świadczą o przydatności wskazania ról różnych podmiotów w systemie współpracy na rzecz analizowanego potencjalnego obszaru wzrostu województwa podlaskiego. Ponadto uznać należy, że analizowane podmioty bazują na dotychczasowych, często stereotypowych sposobach myślenia o ludziach starych, nie traktując ich jako potencjalnego nowego rynku zbytu usług nie tylko ściśle związanego z rehabilitacją, ale i jako osoby zainteresowane rozwojem ekonomicznym, intelektualnym, kulturalnym, fizycznym, duchowym. W uzyskanych wypowiedziach nie widać propozycji nowych, przełomowych pomysłów na nawiązanie współpracy, nawet w zakresie tego, co badane instytucje robią na co dzień. Jednocześnie jednak dominująca bierna obserwacja rozwoju wydarzeń, oczekiwanie na propozycje ze strony innych lub kopiowanie rozwiązań sprawdzonych już w pozostałych częściach kraju wydają się być rozwiązaniami niewystarczającymi w warunkach kształtującej się gospodarki opartej na wiedzy.

Specjalistyczna kadra medyczna będzie kluczowa dla rozwoju analizowanego obszaru. Brak stażów, niskie wynagrodzenia oraz wyjazdy osób z tym wykształceniem za granicę, to czynniki, które mają jednoznacznie negatywne oddziaływanie na ten rynek. Jednocześnie nie należy zawężać kadry do wyspecjalizowanych zasobów związanych z zawodami medycznymi, lecz należy tu uwzględnić szerokie spektrum zawodów związanych z zaspokojeniem potrzeb osób korzystających z usług rehabilitacyjnych, takich jak noclegi, przejazdy czy zwiedzanie atrakcji turystycznych.

VII. Analiza SWOT sektora rehabilitacji geriatrycznej

Nazwa SWOT jest akronimem słów: *Strengths* – mocne strony podmiotu, *Weakness* – słabe strony podmiotu, *Opportunities* – szanse w otoczeniu, *Threats* – zagrożenia w otoczeniu. Metoda ta została zastosowana przede wszystkim ze względu na jej zaletę, jaką jest kompleksowość, co pozwala na ujęcie wszystkich czynników określających potencjał rozwojowy sektora. Prowadzona analiza popytowych i podaźowych uwarunkowań rozwoju sektora na podstawie badań desk research pozwoliła sformułować przede wszystkim szanse i zagrożenia jako czynniki zewnętrzne oddziałujące na rozwój sektora. Były one również bazą do określenia mocnych i słabych stron. Ta część analizy SWOT bazuje ponadto na informacjach zebranych przy wykorzystaniu innych technik badawczych: Indywidualnych Wywiadów Pogłębionych (IDI/ITI 1, IDI/ITI 2), Zogniskowanego Wywiadu Grupowego (FGI), które zostały przeprowadzone z przedstawicielami badanych przedsiębiorstw i instytucji otoczenia. Analiza SWOT została wypracowana także podczas spotkań Grupy Ekspertów (GE).

Analiza SWOT sektora pozwoliła na określenie jego mocnych i słabych stron oraz szans i zagrożeń czyhających na sektor.

Niewątpliwie mocną stroną sektora jest wysoka świadomość specjalistów, jakie oczekiwania wobec sektora narzuca postępujące starzenie się społeczeństwa. Pozytywny jest dostęp do wysoko wykwalifikowanej kadry oraz ogólnie wysokiego poziomu kształcenia w regionie. Do innych mocnych stron sektora należą położenie na nizinie oraz bardzo dobra jakość środowiska naturalnego, co sprzyja prowadzeniu działalności prozdrowotnej. Te mocne strony należy utrzymać również w przyszłości.

Z drugiej strony występują czynniki zależne od przedsiębiorstw sektora, które stanowią jego słabe strony – przede wszystkim brak działań marketingowych, które promowałyby ofertę sektora nie tylko w województwie, ale także poza nim. Warto też zwrócić uwagę na zasadność większego wykorzystania atrakcji turystycznych regionu w ramach działalności prowadzonej przez sektor.

Tabela 35.
Analiza SWOT sektora

Mocne strony	Słabe strony
<ul style="list-style-type: none"> • Położenie województwa podlaskiego na nizinie, co sprzyja leczeniu i rehabilitacji osób z problemami kardiologicznymi • Utrzymanie wysokich wskaźników czystości środowiska naturalnego • Położenie geograficzne w obszarze Zielonych Płuc Polski • Region postrzegany jako proekologiczny • Wysoko wykwalifikowana kadra lekarska, fizjoterapeutyczna • Wysoka świadomość specjalistów nt. problemów społecznych • Zaangażowana kadra pomocy społecznej • Wysoki poziom kształcenia oferowany przez Uniwersytet Medyczny • Niskie ceny usług w porównaniu do zagranicy 	<ul style="list-style-type: none"> • Bardzo niski potencjał sektora, w tym mała liczba podmiotów • Brak specjalizacji placówek sektora • Bardzo ograniczone działania marketingowe podmiotów sektora, brak zrozumienia potrzeby ich prowadzenia • Brak infrastruktury rehabilitacyjnej • Słaby system komunikacyjny, brak lotniska • Niskie nakłady inwestycyjne w sektorze w regionie • Nieatrakcyjna oferta z punktu widzenia walorów turystycznych województwa • Brak programów profilaktycznych z zakresu rehabilitacji • Brak placówki szkoleniowej z zakresu rehabilitacji w regionie
Szanse	Zagrożenia
<ul style="list-style-type: none"> • Wzrost zamożności społeczeństwa, w tym osób starszych • Obniżenie poziomu bezrobocia w kraju • Wydlużenie się trwania życia • Wzrost świadomości ludzi związany z dążnością do 	<ul style="list-style-type: none"> • Brak zmian we wzorcach konsumpcji osób starszych • Nieuwzględnianie sektora opieki nad osobami starszymi w dokumentach strategicznych województwa podlaskiego

Wojewódzki Urząd Pracy w Białymstoku
 Podlaskie Obserwatorium Rynku Pracy i Prognoz Gospodarczych
STARTERY PODLASKIEJ GOSPODARKI - SEKTOR REHABILITACJI GERIATRYCZNEJ

<p>poprawy jakości życia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wzrost poziomu wykształcenia osób starszych i powiązany z tym wzrost występowania postaw indywidualistycznych w tej grupie ludzi • Wzrost zainteresowania uczestnictwem w różnych sferach życia osób starszych • Rosnące potrzeby realizacji własnych pasji i niespełnionych aspiracji przez osoby starsze • Wzrost zainteresowania przedsiębiorstw sektorem ludzi starszych • Promocja rozwoju usług rehabilitacyjnych ze strony Unii Europejskiej • Wzrost zainteresowania turystyką krajoznawczą • Emigracje młodego pokolenia 	<ul style="list-style-type: none"> • Brak gwarancji na ciągłość kontraktowania usług przez NFZ • Brak regulacji transgranicznego świadczenia usług rehabilitacyjnych • Dalsze rozpowszechnianie negatywnych stereotypów starości w społeczeństwie • Brak modelu usług dla osób starszych w kraju • Postępująca emigracja kadry medycznej za granicę • Niedostatek kadr specjalizujących się w opiece nad osobami starszymi i w rehabilitacji • Brak przepisów regulujących zawód fizjoterapeuty • Niskie tempo rozwoju rynku w Polsce • Utrzymywanie się niskiej dostępności komunikacyjnej (brak lotniska, dróg) • Efekty wdrożonej reformy systemu emerytalnego w postaci obniżania się emerytur • Utrzymywanie się braku systemu prywatnych ubezpieczeń • Dalszy brak opieki systemowej nad ludźmi starszymi
--	---

Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Bardzo ważne dla rozwoju sektora byłoby poprawienie jakości i ilości dróg oraz zapewnienie innych form transportu, co sprzyjałoby rozwojowi sektora poprzez ułatwienie dostępu gościom z innych miast Polski oraz zagranicy.

Szczególną szansą rozwoju sektora jest wzrost zamożności społeczeństwa, w tym również osób starszych. Ponadto szansą jest dalsze wydłużanie się trwania życia ludzi. Trendy takie będą charakterystyczne dla coraz większej liczby krajów na świecie. Ważną szansą dla rozwoju sektora jest dofinansowanie ze środków Unii Europejskiej, jak również ogólna promocja przez Komisję Europejską zmian w sposobach traktowania osób starszych. Poza tym ważne jest nie tylko podniesienie się poziomu życia ludności, ale przede wszystkim wynikający z niego wzrost zainteresowania rehabilitacją i profilaktyką w tym zakresie osób w młodszym wieku.

Należy również zwrócić uwagę na zagrożenia płynące z otoczenia sektora. Wśród szczególnie poważnych wymienić można brak zmian we wzorcach konsumpcyjnych osób starszych. Znaczenie ma poza tym brak rozumienia potrzeby rehabilitacji oraz ogólnie zbyt ograniczone zainteresowanie profilaktyką w społeczeństwie. Z drugiej strony znaczenie może mieć dalszy brak działań ze strony władz i innych odpowiedzialnych podmiotów, które to działania miałyby polegać na opracowywaniu programów profilaktycznych i sprzyjać dostępowi do usług rehabilitacyjnych dzięki korzystnym zmianom w ustawodawstwie. Jako przykład można tu podać brak wyodrębnionej rehabilitacji geriatrycznej przez NFZ, brak ustawy o zawodzie fizjoterapeuty, brak informacji o osobach starszych i profilaktyce rehabilitacyjnej w dokumentach dotyczących polityki społecznej województwa podlaskiego i miast czy gmin znajdujących się na jego terenie. Dalsze utrzymywanie się takich zasad kontraktowania przez NFZ usług rehabilitacyjnych, że nie dają one gwarancji ciągłości usług rehabilitacyjnych, to poważne zagrożenie dla sektora, szczególnie że większość osób starszych korzysta jedynie z usług bezpłatnych. Nie sprzyja rozwojowi sektora obecnie i może nadal stanowić poważne zagrożenie w przyszłości dalsze utrzymywanie się braku wypracowanego systemu ubezpieczeń prywatnych. Wśród zagrożeń oczywiście wyróżnić można ewentualne dalsze utrzymywanie się trudnej dostępności komunikacyjnej województwa, co nie będzie sprzyjało korzystaniu z usług przez osoby spoza regionu, a w konsekwencji ograniczało jego rozwój.

VIII. Prognozy przyszłości sektora rehabilitacji geriatrycznej. Rekomendacje

W ramach badania „STARTERY PODLASKIEJ GOSPODARKI – analiza gospodarczych obszarów wzrostu i innowacji województwa podlaskiego” główne cele określono jako:

1. Ustalenie głównych determinant i barier rozwojowych występujących w rehabilitacji geriatrycznej.
2. Przedstawienie prognozy przyszłości rozwoju sektora rehabilitacji geriatrycznej w województwie podlaskim, z uwzględnieniem jego zagrożeń i szans rozwojowych.
3. Dostarczenie obiektywnych i wyczerpujących informacji, niezbędnych dla funkcjonujących jak również potencjalnych przedsiębiorstw w procesie planowania strategicznego i określania ich pozycji konkurencyjnej.
4. Wskazanie podmiotom sfery regulacji (w tym instytucjom rynku pracy, władzom lokalnym i regionalnym), poprzez identyfikację barier rozwojowych, kierunków działań zmierzających do ich ograniczenia.
5. Dostarczenie informacji w zakresie istniejących form możliwości wsparcia sektora ze środków krajowych i unijnych.

Na podstawie szeregu analiz prowadzonych w ramach badań sektora rehabilitacji geriatrycznej uznać można, że wśród **głównych determinant rozwojowych** sektora rehabilitacji geriatrycznej powinny pojawić się:

- Położenie województwa podlaskiego na nizinie, co sprzyja leczeniu i rehabilitacji osób z problemami kardiologicznymi.
- Utrzymanie wysokich wskaźników czystości środowiska naturalnego.
- Wysoko wykwalifikowana kadra lekarska i fizjoterapeutyczna.
- Niskie ceny usług w porównaniu do zagranicy.
- Wzrost zamożności społeczeństwa, w tym osób starszych.
- Wydłużenie się trwania życia.

Do **głównych barier rozwojowych** sektora zaliczono zaś:

- Słaby system komunikacyjny i dalsze utrzymywanie się niskiej dostępności komunikacyjnej (brak lotniska, dróg).
- Bardzo ograniczone działania marketingowe podmiotów sektora, brak zrozumienia potrzeby ich prowadzenia.
- Brak zmian we wzorcach konsumpcji osób starszych.
- Brak gwarancji ciągłości kontraktowania usług przez NFZ.
- Brak modelu usług dla osób starszych w kraju.
- Utrzymywanie się braku systemu prywatnych ubezpieczeń.

Obecna sytuacja sektora rehabilitacji geriatrycznej jest dość korzystna, a presja konkurencyjna umiarkowana. Analiza pięciu sił Portera wskazuje, że presja ze strony dostawców jest średnia, a ze strony odbiorców mała. Może to wskazywać na znaczne możliwości rozwojowe i atrakcyjność sektora, gdyż podmioty sektora nie są w znaczącym stopniu uzależnione od większej liczby dostawców, a często można wręcz mówić o braku takiej relacji. Jednocześnie najczęściej odbiorcy nie mają dużego wpływu na podmiot, jakim jest NFZ. Z jednej strony prowadzi to do ograniczenia oddziaływania potencjalnych klientów, z drugiej uzależnia świadczenie usług od przyznania kontraktu przez NFZ.

Możliwości wejścia do sektora nowych usługodawców są średnie. Ich pojawienie się nie wywołałoby najprawdopodobniej negatywnych skutków dla rozwoju sektora, a raczej wiązałoby się ze wzmocnieniem go, dzięki poszerzeniu oferty całego sektora. Sytuację w sektorze pogarsza znacząco groźba pojawienia się na rynku substytutów, która jest duża. Niemniej zakłada się, że nie ma dużej szansy na pojawienie się nowego substytutu,

który doskonale odpowiadałby ofercie z zakresu usług rehabilitacyjnych. Ponadto potencjalne substytuty w wielu przypadkach mogłyby stanowić uzupełnienie oferty podmiotów zajmujących się rehabilitacją geriatryczną. Dostrzega się, że obecny poziom walki konkurencyjnej w sektorze jest mały, co pozytywnie oddziałuje na cały sektor.

Propozycje prognoz przyszłości rozwoju sektora zostały przedstawione z uwzględnieniem czynnika czasu. Dokonano więc prezentacji perspektyw sektora rehabilitacji geriatrycznej w okresie średnim i długim.

Perspektywa średniookresowa (do 5 lat)

Wydaje się, że w perspektywie średniej do 5 lat będą dominować przede wszystkim zagrożenia i słabe strony. Oznacza to, że należy stosować defensywną strategię działania, polegającą na przeczekaniu, przy jednoczesnym niewielkim dostosowaniu do bieżącej sytuacji. Takie podejście wynika z faktu, że jest to potencjalny obszar wzrostu w województwie podlaskim, który obecnie jest na załazkowym etapie rozwoju. Dla jego przyszłego rozwoju w perspektywie średnioterminowej znaczenie będą mieć przede wszystkim cechy charakterystyczne województwa podlaskiego. Otóż jest ono położone na nizinie i wyróżnia się w skali całego kraju walorami czystego środowiska naturalnego oraz dużą powierzchnią lasów i obszarów chronionych. Niewątpliwie te czynniki sprzyjają działalności sektora. Jednak jeśli poszukiwać już istniejących podmiotów sektora, to na tle kraju wyróżnia je przede wszystkim fakt, że jest tu wielu specjalistów z zakresu rehabilitacji.

Szczególnie poważną barierą rozwojową jest i będzie w okresie najbliższych kilku lat dostępność komunikacyjna województwa podlaskiego. Jako bardzo ważne zagrożenie wyróżnić można duże prawdopodobieństwo utrzymywania się dotychczasowych wzorców konsumpcji wśród zdecydowanej grupy osób starszych. Kolejnym poważnym problemem może być dalsze utrzymanie się dotychczasowych zasad kontraktowania usług rehabilitacyjnych przez NFZ.

Ogólnie na omawiany sektor w perspektywie średnioterminowej będzie miało wpływ pięć sfer: ekonomiczna, społeczna, administracyjnoprawna, międzynarodowa i środowiskowa. Spośród czynników sfery ekonomicznej, społecznej i administracyjnoprawnej należy spodziewać się przede wszystkim tendencji stagnacyjnych w okresie najbliższych kilku lat. W grupie czynników międzynarodowych oczekiwać można w średnim okresie czasu pozytywnych tendencji, które będą, w umiarkowanym stopniu, lecz sprzyjać rozwojowi sektora rehabilitacji. Czynniki środowiskowe obecnie mają przede wszystkim pozytywny wpływ na sektor i taka tendencja utrzyma się w średniej, jak i długiej perspektywie.

N podstawie przeprowadzonej w raporcie analizy stwierdzić można, że układ przeważających słabych stron i zagrożeń w perspektywie średniookresowej prowadzić będzie do niewielkiego wzrostu popytu na usługi. Sektor jednak nie będzie w stanie zwiększyć zainteresowania swoją ofertą na zewnątrz regionu, ze względu na niewiele atutów wynikających z jego uwarunkowań wewnętrznych i zewnętrznych. W tej sytuacji nie ma większych szans na rozwój sektora rehabilitacji geriatrycznej w średnim okresie. Stąd też zasadne jest stosowanie strategii przetrwania i utrzymanie dotychczasowej aktywności.

Perspektywa długookresowa (powyżej 5 lat)

Prognozy rozwoju sektora z punktu widzenia potencjalnie pojawiających się szans i zagrożeń w perspektywie długookresowej wydają się być bardziej optymistyczne. W dłuższym okresie najprawdopodobniej będą dominować szanse nad zagrożeniami oraz mocne strony nad słabymi stronami sektora.

Najprawdopodobniej pojawią się nowe oferty oraz nowi konkurenci na rynku, co będzie efektem poprawy w zakresie infrastruktury transportowej, szczególnie że są znane źródła środków finansowych oraz terminy realizacji inwestycji w przypadku większości z nich. Należy się ponadto spodziewać pozytywnych zmian w poziomie dochodów ludności. Z punktu widzenia analizy sfery społecznej spodziewać się można raczej

wzrostu, jeśli chodzi o emigrację ludności oraz poziom wykształcenia osób starszych. Ponadto zdecydowanie przewiduje się, że będą następowały zmiany klimatyczne tworzące warunki sprzyjające rozwojowi sektora.

Najbardziej optymistyczny wariant zakłada, że najbardziej pozytywny wpływ na sektor może mieć wzrost zamożności społeczeństwa. Jest też szansa na pojawianie się pierwszych efektów zmian związanych z nastawieniem społeczeństwa na zdrowy styl życia oraz aktywności i korzystanie z rekreacji przez osoby starsze. Optymistyczne prognozy związane z dalszym finansowaniem opieki zdrowotnej ze środków Unii Europejskiej także silnie pozytywnie mogą oddziaływać na przyszły rozwój sektora. W tak rozpatrywanej przyszłości należy spodziewać się przyjazdu nabywców usług sektor spoza regionu.

Można oczekiwać więc, że w perspektywie długoterminowej prawdopodobniej zwiększy się liczba szans rozwoju sektora i za zasadne będzie można uznać wówczas skupienie się na nich przy jednoczesnym wykorzystaniu mocnych stron sektora. Uwzględnić należałoby wówczas takie kwestie, jak wizerunek regionu ekologicznego czy wysoka jakość usług i kadry. W dłuższej perspektywie sektor ma znaczące możliwości rozwojowe, jednakże aby to było możliwe, wymagane będzie znaczące wsparcie podmiotów zewnętrznych, w tym władz regionalnych.

Stąd też można wysunąć następujące rekomendacje dla podmiotów sektora i innych instytucji, które pozwoliłyby na jego przyszły stabilny rozwój.

Rekomendacje dla przedsiębiorstw sektora rehabilitacji geriatrycznej:

Rekomendacja 1.

Podjęcie współpracy pomiędzy podmiotami sektora rehabilitacji geriatrycznej.

Rekomendacja 2.

Skoordynowanie oferty z innymi podmiotami sektora celem zwiększenia kompleksowości oferowanych usług.

Rekomendacja 3.

Podjęcie współpracy z sektorem edukacji, co będzie sprzyjało lepszemu wykształceniu pracowników dla sektora.

Rekomendacja 4.

Wzmocnienie działalności marketingowej skierowanej do odbiorców indywidualnych.

Rekomendacja 5.

Wypracowanie wspólnej marki sektora rehabilitacji geriatrycznej.

Rekomendacja 6.

Promocja podlaskiej marki w kraju i za granicą.

Rekomendacje dla władz i instytucji:

Rekomendacja 7.

Nasilenie działań marketingowych na zewnątrz województwa, w tym promowanie warunków naturalnych sprzyjających rehabilitacji osób starszych i innych, w tym z problemami kardiologicznymi.

Rekomendacja 8.

Opracowywanie strategii marketingowej województwa przy zwiększeniu partycypacji różnych grup podmiotów.

Rekomendacja 9.

Powiązanie sektora rehabilitacji geriatrycznej z sektorem turystyki, w działaniach prowadzonych przez instytucje i władze z województwa podlaskiego.

Rekomendacja 10.

Budowa platformy współpracy i wymiany informacji między przedsiębiorstwami rehabilitacji geriatrycznej a instytucjami otoczenia biznesu i władzami różnych szczebli.

Rekomendacja 11.

Prowadzenie polityki społecznej województwa uwzględniającej wydłużanie się trwania życia społeczeństwa.

Rekomendacja 12.

Propagowanie zagadnień związanych z zdrowym trybem życia, procesem starzenia się i problemami wieku starszego ludzi ze wszystkich grup wiekowych.

Rekomendacja 13.

Zachęcenie innych jednostek samorządowych z województwa podlaskiego do rozpoczęcia działań na rzecz uzyskania statusu warunków uzdrowiska.

Rekomendacja 14.

Promocja i organizacja szkoleń językowych i z zakresu obsługi turystów.

Rekomendacja 15.

Realizacja szkoleń związanych z takimi zawodami, jak opiekun osoby starszej, masażysta dla osoby starszej.

Rekomendacja 16.

Organizacja cyklicznych badań z zakresu sektora producentów sprzętu medycznego.

Rekomendacja 17.

Poprawa dostępności do podstawowej infrastruktury turystycznej (np. parkingi, śmietniki, toalety).

Rekomendacja 18.

Poprawa dostępności komunikacyjnej województwa, w tym budowa lotniska.

Rekomendacja 19.

Upowszechnienie wśród podmiotów tworzących sektor informacji o możliwościach ubiegania się o środki unijne także przez nie.

Rekomendacja 20.

Upowszechnienie wśród odbiorców instytucjonalnych informacji o możliwościach finansowania zakupów sprzętu medycznego ze środków Unii Europejskiej.

Rekomendacja 21.

Organizacja konkursów finansowanych z funduszy Unii Europejskiej na specjalistyczne szkolenia dla kadr z sektora.

Rekomendacja 22.

Włączanie podlaskich przedsiębiorców z sektora do współpracy w ramach międzynarodowych programów na rzecz osób starszych.

Bibliografia

1. Ambitny elbląski Program na rzecz osób starszych - do konsultacji, „Razem z Tobą”, 24.07.2008, <http://www.razemztoba.pl/index.php?NS=srodek&nrartyk=2575&slowostart=0>, z dn. 23.08.2009.
2. Bank Danych Regionalnych, GUS, www.stat.gov.pl.
3. Biała Księga. Razem na rzecz zdrowia: Strategiczne podejście dla UE na lata 2008-2013, Komisja Wspólnot Europejskich, KOM (2007) 630, Bruksela, 23 października 2007.
4. Bicka A., Kozdroń E., Aktywność ruchowa w stylu życia ludzi starszych, [w:] Model zdrowego stylu życia jako zadanie interdyscyplinarne, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska” Sectio D, Vol. LVIII suppl. XIII, Lublin 2003, ss. 61-65.
5. Bień B., Doroszkiewicz H., Opieka długoterminowa w geriatrici: dom czy zakład opieki?, „Przewodnik Lekarza” 2006, nr 10 (92), ss. 48-57.
6. Błażejczyk K., Baranowski J., Adamczyk A.B., Szmyd J., Właściwości lecznicze klimatu Uniejowa, Polska Akademia Nauk, Instytut Geografii i Przestrzennego Zagospodarowania im. S. Leszczyckiego, Warszawa 2008.
7. Broczek K., Krótka charakterystyka potrzeb osób w wieku starszym, [w:] Uwarunkowania realizacji programu badawczorozwojowego Ambient Assisted Living (AAL) w Polsce - komfortowe funkcjonowanie osób starszych w społeczeństwie informacyjnym, red. R. Rudowski, Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego, Warszawa, grudzień 2007.
8. Budzyńska M., Transgraniczne świadczenie usług zdrowotnych w UE - stan obecny i perspektywy, „Biuletyn Analiz” 2008, nr 12, <http://www.biuletyn.ukie.gov.pl/HLP/banal.nsf/ArchiveDocByLocation?Open&Count=-1&Expand=1#id1>, z dn. 30.09.2009.
9. Castells M., Społeczeństwo sieci, PWN, Warszawa 2007.
10. Cele strategiczne i cele operacyjne miejskiej polityki społecznej wobec seniorów, Urząd Miasta Stołecznego Warszawy, Warszawa 2008.
11. Chojnacki J., Dyrektywa Parlamentu i Rady Unii Europejskiej w sprawie stosowania praw pacjenta w transgranicznej opiece zdrowotnej – cele, założenia i skutki, Ministerstwo Zdrowia, <http://www.prawoimedycyna.pl/?str=artykul&id=142>, z dn. 14.09.2009.
12. Cieślak M., Prognozowanie gospodarcze. Metody i zastosowania, PWN, Warszawa 1997.
13. Czekanowski P., Rodzina w życiu osób starszych i osoby starsze w rodzinie, [w:] Polska starość, red. B. Synak, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2002, [za:] B. Bień, H. Doroszkiewicz, Opieka długoterminowa w geriatrici: dom czy zakład opieki?, „Przewodnik Lekarza” 2006, nr 10 (92).
14. Dąbrowska A., Kompetencje instruktora rekreacji ruchowej, [w:] Zarys teorii rekreacji ruchowej, red. A. Dąbrowski, Warszawa 2006, [za:] M. Gaworska, A. Kozdroń, Instruktor kinezygerontoprofilaktyki: nowy zawód na rynku pracy, „Forum Opieki Długoterminowej” 2007, nr 3.
15. Definicja zawodu medycznego, „Serwis Prawo i Zdrowie” 07.09.2007, <http://www.abc.com.pl/problem/112/7>, z dn. 14.09.2009.
16. Derejczyk J., Bień B., Kokoszka-Paszkot J., Szczygieł J., Gerontologia i geriatrici w Polsce na tle Europy – czy należy inwestować w ich rozwój w naszym kraju?, „Gerontologia Polska” 2008, tom 16, nr 3, ss. 149-159.
17. Derejczyk J., Grodzicki T., Jakrzewska-Sawińska A., Józwiak A., Klich A., Wieczorowska-Tobis K., Standardy świadczenia usług medycznych w specjalności geriatrici, „Gerontologia Polska”,

tom 13, nr 2.

18. Derejczyk J., Kokoszka-Paszkot J., Szczygieł J., Analiza porównawcza efektywności i kosztów leczenia pomiędzy oddziałami chorób wewnętrznych a geriatrycznymi, <http://derejczyk.com/Prezentacje/KOSZTY%20GI.ppt>, z dn. 14.09.2009.
19. Dlaczego nie rosną płace? Przez inflację, „Głos Szczeciński”, 03.09.2009, <http://www.gs24.pl/apps/pbcs.dll/article?AID=/20090903/PRACA/673634412>, z dn. 23.09.2009.
20. Dobrodziej P., Słownik badań marketingowych, rynkowych i społecznych, <http://dobrebadania.com>
21. Dobroń D., Kołodziej W., Staropolska H., Styl życia ludzi starszych, [w:] Model zdrowego stylu życia jako zadanie interdyscyplinarne, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska” Sectio D, Vol. LVIII suppl. XIII, Lublin 2003, ss. 267-271.
22. Dokument roboczy służb Komisji uzupełniający wniosek dotyczący dyrektywy w sprawie stosowania praw pacjenta w transgranicznej opiece zdrowotnej - Streszczenie oceny skutków, KOM(2008) 414 wersja ostateczna, SEK(2008) 2164, Bruksela, 02 lipca 2008.
23. Druskienniki, Fotowilno, <http://www.fotowilno.com/?item=81>, z dn. 15.09.2009
24. Druskienniki, Sanatorium „Draugystės sanatorija“, <http://draugyste.lt/o-druskiennikach/>, z dn. 15.09.2009.
25. Dziewulska J., Przeciw beznadziejności, „Magazyn Pielęgniarki i Położnej” 2000, nr 1-2, [za:] K. Ździebło, Współczesne zjawiska demograficzne a problemy zdrowotne starzejącego się społeczeństwa, „Studia Medyczne” 2008, nr 1 (9).
26. Elbląski program na rzecz osób starszych na lata 2009-2013, Urząd Miejski w Elblągu, Elbląg, grudzień 2008.
27. Europe in figures – Eurostat Yearbook 2006-07, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg 2007, [za:] Z. Woźniak-Hasik, Trendy demograficzne dotyczące wieku w UE, Mazowieckie Centrum Zdrowia Publicznego, Warszawa wrzesień 2007.
28. Finansowanie opieki zdrowotnej w Twoim regionie, Komisja Europejska, Dyrekcja Generalna ds. Zdrowia i Ochrony Konsumentów, wrzesień 2007.
29. Franek G., Ludzie w starszym wieku, „Pielęgniarka i Położna” 1997, nr 3, [za:] K. Ździebło, Współczesne zjawiska demograficzne a problemy zdrowotne starzejącego się społeczeństwa, „Studia Medyczne” 2008, nr 1 (9).
30. Gaworska M., Kozdroń A., Instruktor kinezygerontoprofilaktyki: nowy zawód na rynku pracy, „Forum Opieki Długoterminowej” 2007, nr 3.
31. Gębska-Kuczerowska A., Miller M., Sytuacja zdrowotna ludzi powyżej 65 roku życia w Polsce, „Zdrowie Publiczne” 2006, nr 116 (1), ss. 135-137.
32. Grabiński T., Wydymus S., Zeliaś A., Metody prognozowania rozwoju społeczno-gospodarczego, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Krakowie, Kraków 1993.
33. Grupp H., Linstone H. A., National Technology Foresight Activities Around The Globe: Resurrection and New Paradigms, Technological Forecasting and Social Change, Volume 60, Special Issue, January 1999.
34. <http://gazetadom.pl/nieruchomosci/1,73497,3765962.html>, z dn. 14.09.2009.
35. http://miasta.gazeta.pl/bialystok/1,101932,7217038,Wiecej_kasy_na_lotnisko.html, z dn. 18.09.2009.
36. <http://www.dps.pl/domy/index.php?rob=radar&dzial=12&art=813>, z dn. 14.09.2009.
37. http://www.mecklenburg-porpommern.eu/cms2/Landesportal_prod/Landesportal/content/de/Wirtschaft_und_Investition/Wachstumsfelder_und_Zukunftsbranchen/Gesundheitswirtschaft/index.jsp, z dn.05.06.2009.

38. <http://www.rehabilitacja.fr.pl/modules.php?name=News&file=article&sid=489>, z dn. 05.06.2009.
39. <http://www.uke.uni-hamburg.de/eurofamcare>, z dn. 05.06.2009.
40. Informacja o stanie środowiska na obszarze województwa podlaskiego w 2007 roku. Na podstawie działalności inspekcyjno-kontrolnej i badawczej Wojewódzkiego Inspektoratu Ochrony Środowiska w Białymstoku, WIOŚ, Białystok, październik 2008.
41. Inglehart R., Pojawienie się wartości postmaterialistycznych, [w:] Socjologia. Lektury, red. P. Sztompka, M. Kucia, Znak, Kraków 2005.
42. Jałowicki B., Szczepański S., Miasto i przestrzeń w perspektywie socjologicznej, Scholar, Warszawa 2006.
43. Jędrkiewicz H., Ruch w leczeniu osób starszych, http://www.doz.pl/czytelnia/a1361-Ruch_w_leczeniu_osob_starszych, z dn. 25.08.2009.
44. Karpiński A., Dialog wokół konsekwencji starzenia się społeczeństwa, „Dialog” 2008, nr 3.
45. Kiełczewski D., Ochrona środowiska, [w:] Potencjał rozwoju regionalnego – województwo podlaskie, red. B. Plawgo, BFKK, Białystok 2007.
46. Kiwerski J.E., Realizacja polskiego modelu rehabilitacji w okresie reformy ochrony zdrowia, [w:] Niepełnosprawność i rehabilitacja osób dorosłych jako problem medyczny i społeczny w Polsce, red. I.D. Karwat, Lublin 2002, s.16, [za:] A. Mielczarek, Aby żyło się lepiej – Rehabilitacja geriatryczna warunkiem poprawy jakości życia ludzi starszych, „Medi” 2006, nr 4, <http://www.dps.pl/domy/index.php?rob=radar&dzial=12&art=813>, z dn. 24.08.2009.
47. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej, 02.04.1997, Dz.U. 1997.78.483.
48. Kopyciński P., Mamica Ł., Operacjonalizacja metodologii badań foresight, Małopolska Szkoła Administracji Publicznej Akademii Ekonomicznej w Krakowie, Kraków, październik 2006.
49. Kotowska-Jelonek M., Infrastruktura transportu jako czynnik aktywizacji gospodarczej. Studium na przykładzie makroregionu południowo-wschodniego, praca doktorska, Uniwersytet Gdański, Sopot 1980, s. 28, [za:] T. Truskolaski, M. Juchnicka, System transportowy, [w:] Potencjał rozwoju regionalnego – województwo podlaskie, red. B. Plawgo, BFKK, Białystok 2007.
50. Kryńska E., Dylematy polskiego rynku pracy, IPiSS, Warszawa 2001.
51. Krzak M., Walewski M., Woźniak P., „Polish Economic Outlook” 2009, No. 2 (41), CASE, www.case.com.pl
52. Krzymowska-Kostrowicka A., Geoekologia turystyki i wypoczynku, PWN, Warszawa 1997, [za:] K. Błażejczyk, J. Baranowski, A.B. Adamczyk, J. Szmyd, Właściwości lecznicze klimatu Uniejowa, Polska Akademia Nauk, Instytut Geografii i Przestrzennego Zagospodarowania im. S. Leszczyckiego, Warszawa 2008.
53. Kuciński J., Organizacja i prowadzenie projektów foresight w świetle doświadczeń międzynarodowych, PAN, Warszawa, styczeń 2006.
54. Kulik T.B., Zboina B., Wiecheć M., Wpływ aktywności fizycznej na jakość życia osób w podeszłym wieku, materiały z Konferencji Opieki Długoterminowej w Toruniu, Toruń 2001.
55. Kupiec L., Gołębiowska A., Truskolaski T., Gospodarka przestrzenna, Infrastruktura ekonomiczna, tom VII, Wyd. UwB, Białystok 2005.
56. Kurowska A., Czy osoby starsze są grupą szczególnie zagrożoną biedą w Polsce?, wystąpienie podczas spotkania konsultacyjnego w sprawie opracowania Strategii Walki z Ubóstwem i Wykluczeniem Społecznym na lata 2010-2015, Warszawa 22.05.2009, s. 2, <http://www.przeciw-ubostwu.brpo.gov.pl/pliki/1226561881.pdf>, z dn. 25.08.2009.
57. Kuśmierski S., Ostrowski D., Zastosowanie marketingu w turystyce,

- http://dariusz_ostrowski.webpark.pl/zastos.htm, z dn. 25.08.2009.
58. Larkowa, Człowiek niepełnosprawny – problemy psychologiczne, PWN, Warszawa 1987, s. 17, [za:] A. Turowska, Rehabilitacja osób niepełnosprawnych a integracja społeczna, „Studia Włocławskie” 1998, Tom 1.
59. Ludność, Stan oraz struktura demograficzna i społeczno-ekonomiczna – województwo podlaskie, GUS, http://www.stat.gov.pl/bialystok/69_151_PLK_HTML.htm, z dn. 24.08.2009.
60. Łój G., Rehabilitacja a jakość życia osób w starszym wieku, „Gerontologia Polska”, tom 15, nr 4, ss. 153-157.
61. Mała encyklopedia ekonomiczna, PWE, Warszawa 1974.
62. Małecki K., Młody rynek dla starych ludzi, „BusinessWeek”, 01.04.2005, <http://media.wp.pl/kat,1022939,wid,6930997,wiadomosc.html>, z dn. 24.08.2009.
63. Miejska strategia polityki społecznej, Urząd Miasta Poznania, Poznań 2008.
64. Migracje zagraniczne ludności 2002, GUS, Warszawa 2003.
65. Mikołajewicz A., Srebro B., Przygotowanie specjalistycznej oferty dla grup turystów uczestniczących w turystyce wiejskiej, [w:] Materiały szkoleniowe z zakresu turystyki wiejskiej dla przedsiębiorców prowadzących działalność turystyczną na terenach wiejskich, Ministerstwo Gospodarki, Warszawa, listopad 2005.
66. Miller P., Zmiany klimatyczne w Polsce (1), Przyroda Polska 12/2004, <http://www.przyrodapolska.pl/grudzien04/zmiany.htm>, z dn. 23.08.2009.
67. Monitorowanie migracji polskich lekarzy, pielęgniarek i położnych po przystąpieniu Polski do Unii Europejskiej, Raport z realizacji programu w 2006r., <http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=&ms=&ml=pl&mi=565&mx=0&ma=7876>, z dn. 20.09.2009.
68. Narodowy Plan Rozwoju 2007-2013. Strategia rozwoju ochrony zdrowia w Polsce na lata 2007-2013, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa, 21 czerwca 2005.
69. Ochrona Środowiska 2008, GUS, Warszawa 2008.
70. Ochrona środowiska, Urząd Marszałkowski Województwa Podlaskiego, http://www.wrotapodlasia.pl/pl/ochrona_srodowiska/, z dn. 23.08.2009.
71. Opinia Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego w sprawie uwzględniania potrzeb osób starszych, Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej, 2009/C 77/26, Bruksela, 31.03.2009.
72. Pajestka J., Inwestycje infrastruktury a inwestycje bezpośrednio produkcyjne, [w:] O gospodarce mieszananej w krajach „Trzeciego Świata”, PWN, Warszawa 1967.
73. Pędich W., Jakubowska D., Pielęgniarstwo geriatryczne, PZWL, Warszawa 1983, [za:] K. Żdziebło, Współczesne zjawiska demograficzne a problemy zdrowotne starzejącego się społeczeństwa, „Studia Medyczne” 2008, nr 1 (9).
74. Polacy wobec ludzi starych i własnej starości. Komunikat z badań, Centrum Badania Opinii Społecznej, Warszawa, grudzień 2000.
75. Prognoza oddziaływania na środowisko projektu strategii rozwoju województwa podlaskiego do 2020 roku, Zarząd Województwa Podlaskiego, Białystok 2005.
76. Program Operacyjny Infrastruktura i Środowisko, Ministerstwo Rozwoju Regionalnego, Warszawa, 5 grudnia 2007.
77. Program Operacyjny Innowacyjna Gospodarka, 2007-2013, Ministerstwo Rozwoju Regionalnego, Warszawa, 1 października 2007.
78. Program Operacyjny Kapitał Ludzki, Ministerstwo Rozwoju Regionalnego, Warszawa, 7 września

- 2007.
79. Program rozwoju kultury województwa podlaskiego do roku 2020, Urząd Marszałkowski Województwa Podlaskiego, Białystok 2008.
 80. Rajewska J., Dyskryminacja ze względu na wiek w obszarze ochrony zdrowia, [w:] Stop dyskryminacji ze względu na wiek. Co wiemy o dyskryminacji ze względu na wiek? Głos ekspertów, doświadczenia osób starszych, red. B. Tokarz, Akademia Rozwoju Filantropii w Polsce, Warszawa 2005.
 81. Raport z Wyników Spisów Powszechnych. Województwo Podlaskie 2002, Urząd Statystyczny w Białymstoku, Białystok 2003.
 82. Reichard S., Personality and Adjustment to Aging, Social and Psychological Aspects of Aging. Edited by Clark Tibbitts and Wilma Donahue, Columbia University Press, New York 1962.
 83. Rocznik demograficzny 2006, GUS, Warszawa 2006.
 84. Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej 2008, GUS, Warszawa 2008.
 85. Rocznik Statystyczny Województw 2008, GUS, Warszawa 2008.
 86. Rocznik Statystyczny Województwa Podlaskiego 2003, Urząd Statystyczny w Białymstoku, Białystok 2003.
 87. Rosset E., Proces starzenia się ludności, PWG, Warszawa 1959.
 88. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 12 września 2001 r. w sprawie szczegółowych zasad i warunków prowadzenia działalności w dziedzinie rekreacji ruchowej, Dz.U. nr 101, poz. 1095.
 89. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 27 czerwca 2001 r. w sprawie kwalifikacji, stopni i tytułów zawodowych w dziedzinie kultury fizycznej oraz szczegółowych zasad i trybu ich uzyskiwania, Dz.U. nr 71, poz. 738.
 90. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 24 maja 1999r. w sprawie stażu podyplomowego lekarza, lekarza stomatologa, Dz.U. nr 54 z 1999r., poz. 571 z późn. zm.
 91. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 kwietnia 2006 r. w sprawie zakresu badań niezbędnych do ustalenia właściwości leczniczych naturalnych surowców leczniczych i właściwości leczniczych klimatu, kryteriów ich oceny oraz wzoru świadectwa potwierdzającego te właściwości, Dz.U. z dnia 11 maja 2006.
 92. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 sierpnia 2001r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy stomatologów, Dz.U. nr 83, poz. 905.
 93. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 12 października 2001 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu kierowania przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych na rehabilitację leczniczą oraz udzielanie zamówień na usługi rehabilitacyjne, Dz.U. nr 131, poz. 1457.
 94. Rozporządzenie w sprawie warunków i trybu kierowania przez Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego na rehabilitację leczniczą oraz udzielania zamówień na świadczenia i usługi rehabilitacyjne, Dz.U. nr 74 poz. 657.
 95. Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2007 r. w sprawie Polskiej Klasyfikacji Działalności (PKD), Dz.U. nr 251, poz.1885.
 96. Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 6 kwietnia 2004 r. w sprawie Polskiej Klasyfikacji Wyrobów i Usług, Dz.U. nr 89 poz. 844, z późn. zm.
 97. Stan fizjoterapii w województwie mazowieckim, Mazowieckie Centrum Zdrowia Publicznego, Warszawa, listopad 2008.
 98. Stan przestrzegania praw osób starszych w Polsce. Analiza i rekomendacje działań, red. B. Szatur-Jaworska, Rzecznik Praw Obywatelskich, Warszawa 2008.
 99. Strategia rozwoju województwa podlaskiego do 2010 roku, Zarząd Województwa Podlaskiego,

- Białystok, wrzesień 2003.
100. Strategia rozwoju województwa podlaskiego do 2020 roku, Urząd Marszałkowski Województwa Podlaskiego, Białystok, styczeń 2006.
 101. Sytuacja gospodarstw domowych w 2007 roku w świetle wyników badań budżetów gospodarstw domowych, GUS, Warszawa 2008.
 102. Sytuacja gospodarstw domowych w 2008 roku w świetle wyników badań budżetów gospodarstw domowych, GUS, Warszawa 2009.
 103. Sytuacja społeczno-gospodarcza kraju i województw w I półroczu 2009 roku, Ministerstwo Rozwoju Regionalnego, Warszawa, wrzesień 2009.
 104. Szatur-Jaworska B., Ludzie starzy i starość w polityce społecznej, ASPRA-JR, Warszawa 2000, [za:] A. Kurowska, Czy osoby starsze są grupą szczególnie zagrożoną biedą w Polsce?, wystąpienie podczas spotkania konsultacyjnego w sprawie opracowania Strategii Walki z Ubóstwem i Wykluczeniem Społecznym na lata 2010-2015, Warszawa 22.05.2009, s. 2, <http://www.przeciw-ubostwu.brpo.gov.pl/pliki/1226561881.pdf>, z dn. 20.08.2009.
 105. Szatur-Jaworska B., Propozycje założeń do diagnozy i prognozy sytuacji warszawskich seniorów, Urząd Miasta Stołecznego Warszawy, Warszawa 2008.
 106. Szczegółowy opis priorytetów Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2007-2013, Zarząd Województwa Podlaskiego, Białystok, maj 2008.
 107. Śniadek J., Age of seniors — a challenge for tourism and leisure industry, „Studies of Physical Culture and Tourism” 2006, nr 13, s. 103-106, [za:] J. Śniadek, Konsumpcja turystyczna polskich seniorów na tle globalnych tendencji w turystyce, „Gerontologia Polska”, tom 15, nr 1-2.
 108. Śniadek J., Konsumpcja turystyczna polskich seniorów na tle globalnych tendencji w turystyce, „Gerontologia Polska”, tom 15, nr 1-2, ss. 21-30.
 109. Tomanek A., Zasoby ludzkie i rynek pracy, [w:] Potencjał rozwoju regionalnego – województwo podlaskie, red. B. Pławgo, BFKK, Białystok 2007.
 110. Tońska K., Style życia osób starszych, <http://www.razemztoba.pl/index.php?NS=srodek&nrartyk=1928&slowostart=800>, z dn. 13.09.2009.
 111. Transport i spedycja w handlu zagranicznym, red. T. Szczepaniak, PWE, Warszawa 2002.
 112. Turystyka wpływa na poziom inflacji, komunikat GUS, http://www.pot.gov.pl/Kategorie/novosci_i_wydarzenia/newsy/turystyka-obniza-inflacje/potgov_article_view, z dn. 10.09.2009.
 113. Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, Dz.U. nr 64 poz. 593.
 114. Ustawa z dnia 13 października 1998r. o systemie ubezpieczeń społecznych, Dz.U. z 2007r., nr 11, poz. 74 z późn. zm.
 115. Ustawa z dnia 18 stycznia 1996 roku o kulturze fizycznej, Dz.U. 0181 889.
 116. Ustawa z dnia 20 grudnia 1990 roku o ubezpieczeniu społecznym rolników, Dz.U. z 1998r., nr 7 poz. 25.
 117. Ustawa z dnia 23 stycznia 2003r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, Dz.U. 03.45.391 z późn. zm.
 118. Ustawa z dnia 26 marca 1997r. o zawodzie lekarza, Dz.U. nr 28, poz.152.
 119. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz.U. z 2008r., nr 164, poz. 1027 z późn. zm.
 120. Ustawa z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych, Dz.U. nr 167, poz. 1399.

121. Ustawa z dnia 30 października 2002r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych, Dz.U. nr 199, poz. 1673 z późn. zm.
122. Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, Dz.U. 1991 Nr 91 poz. 408.
123. Ustawa z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych, Dz.U. nr 199, poz. 1673.
124. Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej, Dz. U. nr 91 poz. 408 z późn. zm.
125. Wdowiak L., Walkowska K., Szpak A., Podstawy prawne wykonywania zawodów medycznych, „Zdrowie publiczne” 2005, nr 115(1).
126. Wielgo M., Emeryci zrzekną się mieszkań za rentę?,
<http://gazetadom.pl/nieruchomosci/1,73497,3765962.html> z dn. 08.08.2009.
127. Wierzbicki A., Prognozy typu technology foresight, a prace Komitetu Prognoz „Polska 2000 Plus” w perspektywie rozwoju społeczeństwa informacyjnego oraz integracji Polski z Unią Europejską, Instytut Łączności, Warszawa; materiały z konferencji: Foresight – Formułowanie scenariuszy rozwoju, Wrocławskie Centrum Transferu Technologii, 21-23 maja 2003.
128. Wnuk-Lipiński E., Socjologia życia publicznego, Scholar, Warszawa 2005.
129. Wojewódzki program na rzecz osób starszych na lata 2009-2013, Zarząd Województwa Warmińsko-Mazurskiego, Olsztyn 2008.
130. Worach-Kardas H., Starzenie się populacji jako wyznacznik potrzeb zdrowotnych i wyzwanie dla zdrowia publicznego, „Zdrowie Publiczne” 2006, nr 116 (1).
131. Wyrwicz M., Turystyka jako element rozwoju społecznego i gospodarczego, [w:] Turystyka rekreacyjna oraz turystyka specjalistyczna, red. T. Burzyński, Eurecna, Uniconsult, Olimpijskie Biuro Podróży, Warszawa 2003.
132. Zagrożenia województwa podlaskiego, Podlaski Urząd Wojewódzki,
<http://www.bialystok.uw.gov.pl/PUWMCMS/PUW/Struktura/Schemat+organizacyjny/CZK/Informacje+Wydzialu/Twoje+bezpieczenstwo/Zagrozenia+wojewodztwa.htm> , z dn. 15.09.2009.
133. Zarządzenie Nr 60/2007/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 września 2007 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju rehabilitacja lecznicza.
134. Zintegrowany program rozwoju uzdrowisk ze szczególnym uwzględnieniem usług turystycznych, Międzyresortowy zespół do spraw aktywizacji społeczno-gospodarczej uzdrowisk, Warszawa, 7 stycznia 2005.
136. Ździebło K., Współczesne zjawiska demograficzne a problemy zdrowotne starzejącego się społeczeństwa, „Studia Medyczne” 2008, nr 1 (9).

Spis rysunków

Rysunek 1.	Liczba emigrantów na 1000 mieszkańców w 2002 roku	43
Rysunek 2.	Liczba lekarzy geriatrów – stan na luty 2007 roku (120 osób czynnych zawodowo) (+8 osób na emeryturze)	77
Rysunek 3.	Otoczenie – źródła szans i zagrożeń w sektorze rehabilitacji geriatrycznej	102

Spis tabel

Tabela 1.	Podsumowanie technik badawczych	14
Tabela 2.	Analiza tendencji w otoczeniu	16
Tabela 3.	Scenariusz optymistyczny (pesymistyczny)	16
Tabela 4.	Scenariusz niespodziankowy (najbardziej prawdopodobny)	17
Tabela 5.	Wyniki analizy SWOT	18
Tabela 6.	Przeciętny miesięczny dochód rozporządzalny na 1 osobę w gospodarstwach domowych według grup społeczno-ekonomicznych w 2007 roku	26
Tabela 7.	Populacja Unii Europejskiej według struktury wieku w 2005 roku	31
Tabela 8.	Oczekiwana długość życia w krajach członkowskich Unii Europejskiej w 2004 roku	32
Tabela 9.	Starzenie się populacji Polski według województw w 2003 roku (%)	33
Tabela 10.	Seniorzy podróżujący w celach turystycznych – podróże obejmujące 4 i więcej noclegi w wybranych krajach w 2004 roku	37
Tabela 11.	Udział seniorów podróżujących w celach turystycznych w ogólnej liczbie seniorów żyjących w danym kraju w 2004 roku	37
Tabela 12.	Cele długoterminowych podróży osób w wieku 60 lat i starszych w 2004 roku w Polsce	38
Tabela 13.	Jakość życia przed i po rehabilitacji	40
Tabela 14.	Ludność województwa podlaskiego w wieku 13 lat i więcej według poziomu wykształcenia i wieku w 2002 roku	42
Tabela 15.	Przepływy ludnościowe w latach 1999-2005	44
Tabela 16.	Zmiany PKB w Unii Europejskiej i w Polsce w porównaniu do kwartału poprzedniego	49
Tabela 17.	Struktura podziału środków w ramach RPOWP	51
Tabela 18.	Drogi publiczne o twardej nawierzchni w latach 2005-2008	54
Tabela 19.	Gęstość dróg o nawierzchni twardej w latach 2005-2008	55
Tabela 20.	Długość dróg publicznych o nawierzchni twardej według województw w 2008 roku	56
Tabela 21.	Linie kolejowe eksploatowane w latach 2005-2008	57
Tabela 22.	Gęstość linii kolejowych eksploatowane w latach 2005-2008	58
Tabela 23.	Problemy gospodarki odpadami w województwie podlaskim	89
Tabela 24.	Powierzchnia lasów ochronnych według rodzajów w 2007 roku	90
Tabela 25.	Analiza tendencji w otoczeniu	95
Tabela 26.	Scenariusz optymistyczny	97
Tabela 27.	Scenariusz pesymistyczny	98
Tabela 28.	Scenariusz najbardziej prawdopodobny	100
Tabela 29.	Scenariusz niespodziankowy	101
Tabela 30.	Siła oddziaływania dostawców na sektor	106
Tabela 31.	Siła oddziaływania odbiorców na sektor	108
Tabela 32.	Siła konkurencji w sektorze	110
Tabela 33.	Siła nowych usługodawców	112
Tabela 34.	Siła nowych producentów i usługodawców	113
Tabela 35.	Analiza SWOT sektor rehabilitacji geriatrycznej	127

Spis wykresów

Wykres 1.	Stopa bezrobocia rejestrowanego w poszczególnych województwach Polski w sierpniu 2009 roku (%)	28
-----------	--	----

Załącznik 1.

Scenariusz indywidualnego wywiadu pogłębianego IDI/ITI

IDI/ITI 1. Wywiady z przedsiębiorcami

1. Proszę podać:

numer głównego PKD	
przychody ze sprzedaży w roku 2008	
zysk netto w roku 2008	
liczbę zatrudnionych w przedsiębiorstwie w roku 2008	

2. Jak oceniają Państwo rolę sektora rehabilitacji geriatrycznej jako obszaru wzrostu gospodarczego województwa podlaskiego?
3. Jakie podmioty należą do sektora rehabilitacji geriatrycznej w województwie podlaskim? Proszę podać przykłady.
4. Jakie wewnętrzne czynniki stanowią silne strony sektora rehabilitacji geriatrycznej w województwie podlaskim?
5. Jakie wewnętrzne czynniki stanowią słabe strony sektora rehabilitacji geriatrycznej w województwie podlaskim?
6. Jakie zewnętrzne czynniki mogą stanowić szansę rozwoju sektora rehabilitacji geriatrycznej w województwie podlaskim? Proszę wskazać czy są to czynniki z otoczenia: ekonomicznego, technicznego, społecznego, prawno-administracyjnego, środowiskowego, międzynarodowego.
7. Jakie zewnętrzne czynniki mogą stanowić zagrożenie rozwoju sektora rehabilitacji geriatrycznej w województwie podlaskim? Proszę wskazać czy są to czynniki z otoczenia: ekonomicznego, technicznego, społecznego, prawno-administracyjnego, środowiskowego, międzynarodowego.
8. Czy zauważają Państwo silną presję ze strony dostawców wynikającą z np.: stopnia koncentracji sektora dostawcy; uzależnienia jakości produktu finalnego od jakości produktu nabywanego od dostawcy; udziału dostawców w tworzeniu kosztów odbiorcy; kosztów zmiany dostawcy; możliwości integracji pionowej? Czy też raczej sektor ma korzystne warunki zaopatrzenia? Proszę podać przykłady oddziaływania dostawców.
9. Jaki wpływ na sektor rehabilitacji geriatrycznej wywierają odbiorcy? Czy zauważają Państwo presję ze strony odbiorców wynikającą z np.: stopnia koncentracji sektora odbiorcy; kosztów zmiany odbiorcy; profilu nabywcy? Proszę podać przykłady oddziaływania nabywców.
10. Jaki jest poziom nasilenia walki konkurencyjnej w sektorze rehabilitacji geriatrycznej w województwie podlaskim i w Polsce?
11. Jak oceniają Państwo zagrożenie pojawienia się nowych producentów w sektorze rehabilitacji geriatrycznej?
12. Jak oceniają Państwo zagrożenie pojawienia się substytutów w sektorze rehabilitacji geriatrycznej?
13. Czy macie Państwo pełny dostęp do odpowiednich kadr, w tym związanych ze specyfiką sektora rehabilitacji geriatrycznej w regionie? Na jakie zawody występuje Państwa zdaniem deficyt?
14. Jakie są oczekiwania Państwa firmy w zakresie: umiejętności, kwalifikacji, postaw pracowniczych?
15. Jakie są Państwa zdaniem prognozy zatrudnienia w tym sektorze?
16. Czy prowadzą Państwo szkolenia i stosują inne sposoby rozwoju swoich kadr? Na jaki rodzaj szkoleń wyrażają Państwo zapotrzebowanie?
17. Czy prowadzą Państwo współpracę z instytucjami rynku pracy? Jeśli tak to w jakim zakresie?

18. W jakich obszarach i z jakimi podmiotami widzicie Państwo możliwość występowania współpracy w sektorze?
19. Z jakich programów Unii Europejskiej i wsparcia finansowego krajowego korzystają Państwo przy finansowaniu prowadzonej działalności?
20. Jakie działania Państwa zdaniem należy podejmować, żeby rozwijać sektor rehabilitacji geriatrycznej w województwie podlaskim?

IDI/ITI 2. Wywiady z instytucjami

1. Jak oceniają Państwo rolę sektora rehabilitacji geriatrycznej jako obszaru wzrostu gospodarczego województwa podlaskiego?
2. Jakie podmioty należą do sektora rehabilitacji geriatrycznej w województwie podlaskim? Proszę podać przykłady.
3. Jakie wewnętrzne czynniki stanowią silne strony sektora rehabilitacji geriatrycznej w województwie podlaskim?
4. Jakie wewnętrzne czynniki stanowią słabe strony sektora rehabilitacji geriatrycznej w województwie podlaskim?
5. Jakie zewnętrzne czynniki mogą stanowić szansę rozwoju sektora rehabilitacji geriatrycznej w województwie podlaskim?
6. Jakie zewnętrzne czynniki mogą stanowić zagrożenie rozwoju sektora rehabilitacji geriatrycznej w województwie podlaskim?
7. Czy Państwa instytucja ma jakiekolwiek powiązania z sektorem rehabilitacji geriatrycznej?
8. Czy widzą Państwo możliwości i zamierzają się włączyć do współpracy z podmiotami działającymi w tym sektorze rehabilitacji geriatrycznej?
9. Czy Państwa zdaniem są ograniczenia w dostępie do kadr dla podmiotów sektora i do rozwoju jakiego rodzaju zawodów (kadry) może prowadzić rozwój tego sektora w województwie?
10. W jakim kierunku powinny podążać działania instytucji związanych z rynkiem pracy i edukacji, by sprostać zapotrzebowaniu na wykwalifikowany personel w tym sektorze?
11. Jakie są Państwa zdaniem prognozy zatrudnienia w tym sektorze?

IDI/ITI 3. Struktura studium przypadku

1. Ogólna charakterystyka podmiotu
2. Aktualne zatrudnienie i dostępność kadr
3. Doświadczenia we współpracy z instytucjami rynku pracy
4. Wnioski

Załącznik 2.

Scenariusz zogniskowanego wywiadu grupowego FGI

Wprowadzenie

Przedstawienie się *Moderatora*, projektu oraz celu całego badania.

Czas: 2 minuty

Moderator:

Dzień dobry. Nazywam się Marta Juchnicka i jestem pracownikiem działu badawczego Białostockiej Fundacji Kształcenia Kadr. Zaprośiliśmy dziś Państwa do dyskusji na temat „Startery podlaskiej gospodarki – analiza gospodarczych obszarów wzrostu i innowacji województwa podlaskiego”. Spotkanie jest częścią badania mającego na celu udzielenie odpowiedzi na pytanie czy obszarem wzrostu i innowacyjności spoza sektorów kluczowych województwa podlaskiego może być sektor rehabilitacji geriatrycznej. Badanie jest realizowane na zlecenie Wojewódzkiego Urzędu Pracy w Białymstoku. Nasze dzisiejsze spotkanie potrwa ok. 90 minut. Bardzo dziękuję, że zechcieli Państwo przyjąć nasze zaproszenie.

Informacja o metodzie badawczej

Powiadomienie o rejestracji spotkania oraz przybliżenie techniki wywiadów grupowych zogniskowanych oraz roli *Moderatora*.

Czas: 3 minuty

Moderator:

W trakcie naszej dyskusji padnie wiele pytań i różnych odpowiedzi. Chciałabym Państwu powiedzieć, że wszystkie one, a w zasadzie każde z nich osobno, są niezwykle cenne. Proszę bardzo, aby Państwo w żaden sposób nie czuli się skrepowani czy ograniczeni moją obecnością albo opiniami innych uczestników badania. Są Państwo dzisiaj ekspertami, a opinie którymi się Państwo tutaj dzielą posłużą nam do sformułowania wniosków na tematy poruszane w tym badaniu. Moją rolą dzisiaj będzie poprowadzenie dyskusji w taki sposób, aby każdy z Państwa miał równą szansę nieskrepowanego wyrażania własnych opinii na omawiane tematy. Następnie, na podstawie tego, co dzisiaj Państwo powiedzą sporządzony zostanie raport badawczy. Rejestrowanie naszej rozmowy jest konieczne ze względu na to, że nie jestem w stanie notować każdej z Państwa wypowiedzi, a nie chciałabym aby coś mi umknęło. Zarejestrowany materiał będzie wykorzystany jedynie przeze mnie do sporządzenia końcowego raportu, nie zostanie on użyty w żadnym innym celu, nie będzie rozpowszechniany, ani publikowany. Proszę zatem o wyrażenie zgody na dokonanie zapisu dźwięku. Czy Państwo się zgadzają ?

Przedstawienie uczestników spotkania

Wzajemne poznanie się uczestników spotkania fokusowego zapewni lepszą współpracę grupy, przepływy informacji a tym samym osiągnięcie efektu synergii różnorodnych kompetencji, doświadczeń i opinii. Moderator zachęca uczestników do korzystania w czasie pracy z kompetencji uczestników oraz ich doświadczeń związanych z reprezentowaniem instytucji, sektorów, dziedzin wiedzy i praktyki.

Czas: 5 minut

Moderator:

Proszę Państwa, aby się Państwo krótko przedstawili (imię, wykonywany zawód). Informacje, udzielane nam potrzebne są do tego, aby móc powiązać Państwa background z głoszonymi przez Państwa opiniami. Aby zebrać

więcej szczegółowych informacji, które pozostaną poufne, poproszę Państwa o wypełnienie krótkiej ankiety (Moderator rozdaje krótkie kwestionariusze i, kiedy są już wypełnione, zbiera je): te informacje będą dla nas ważne przy analizie rezultatów z naszego spotkania.

Obszary badawcze

Obszar badawczy 1. Popytowo-podażowe zewnętrzne uwarunkowania rozwojowe sektora

1. Kto Państwa zdaniem wchodzi w skład sektora rehabilitacji geriatrycznej rozumianego jako sektor świadczących usługi z zakresu rehabilitacji medycznej, innych rodzajów rehabilitacji oraz usługi typu *wellness* dla osób w wieku podeszłym 60 lat i więcej oraz rehabilitacji profilaktycznej dla osób w wieku 45 lat i więcej:

- producenci / konkurenci,
- dostawcy,
- odbiorcy.

Tabela 1.
Analiza SWOT sektor rehabilitacji geriatrycznej

Mocne strony	Słabe strony
<ul style="list-style-type: none">Położenie geograficzne w obszarze ZPPRegion postrzegany jako proekologicznyWysoko wykwalifikowana kadraDobra współpraca instytucji z NGOWysoka świadomość problemów społecznychZaangażowana kadra pomocy społecznejWysoki poziom kształcenia oferowany przez Uniwersytet MedycznyCzyste środowiskoNiższa cena usług niż za granicą	<ul style="list-style-type: none">Brak infrastruktury rehabilitacyjnejBrak sprzętu rehabilitacyjnegoBrak zainteresowania profilaktyką w społeczeństwieOgraniczona opieka systemowa nad ludźmi starszymiSłaby system komunikacyjny, brak lotniskaNiska atrakcyjność inwestycyjna regionuObwarowania prawne związane z otrzymaniem statusu uzdrowiskaNiski poziom dochodów społeczeństwaBrak dodatkowych atrakcji turystycznych w regionieBrak strategii rozwoju turystyki w regionieBrak działań marketingowych w sektorze wychodzących poza regionBrak programów profilaktycznych z zakresu rehabilitacjiBrak placówki szkoleniowej w regionie
Szanse	Zagrożenia
<ul style="list-style-type: none">Rozwój wykwalifikowanych kadr w regionieSzkolenia, edukacja z zakresu fizjoterapii, etc.Rozwój placówek dziennego pobytuRozwój infrastrukturyPodniesienie się poziomu życiaZainteresowanie Polska wśród osób z grupy docelowejStosowanie nowoczesnych technik rehabilitacyjnychWzrost zapotrzebowania i popularyzacja tego typu usługZmiana zasad finansowania usługWłączenie tego typu usług w oferty turystyczneRosnące zapotrzebowanie na usługiPoprawa dostępności komunikacyjnej regionu (droga szybkiego ruchu do Warszawy, lotnisko, szybka kolej)Poprawa atrakcyjności turystycznej regionuDofinansowanie sektora z Unii EuropejskiejRozszerzenie oferty o nowe grupy docelowe (np. 45+)Emigracja młodego pokolenia	<ul style="list-style-type: none">Niechęć NFZ do finansowania rehabilitacji osób starszychBrak zrozumienia potrzeby rehabilitacji przez samych pacjentówNiekorzystne zmiany w prawieUbożenie społeczeństwaRozwój tego typu usług w bliskim sąsiedztwie np. Litwa, Mazury, LubelszczyznaWzrost bezrobociaPogorszenie wizerunku regionu w kraju i na świecieBrak działań promocyjnych ze strony władz województwa

2. Powyższa tabela przedstawia mocne strony sektora producentów artykułów i sprzętu medycznego prosimy o jej weryfikację.
3. Powyższa tabela przedstawia słabe strony sektora producentów artykułów i sprzętu medycznego prosimy o jej weryfikację.
4. Powyższa tabela przedstawia szanse sektora producentów artykułów i sprzętu medycznego prosimy o jej weryfikację.
5. Powyższa tabela przedstawia zagrożenia sektora producentów artykułów i sprzętu medycznego prosimy o jej weryfikację.

Obszar badawczy 2. Analiza powiązań sektora z rynkiem pracy

6. Jakich zawodów obejmuje ten sektor?
7. Jaka Państwa zdaniem jest dostępność kadr w sektorze?
8. Jak Państwa zdaniem jest zapotrzebowanie na kadry w sektorze?
9. Czy znają Państwo jakieś programy / przykłady działań na rzecz rozwoju kadr pracowniczych sektora? Jakich podmiotów realizują tego typu programy?
10. Czy Państwa zdaniem rozwój sektora wpłynie na zmiany w zatrudnieniu w województwie podlaskim i jaki będzie kierunek i skala tych zmian?
11. Czy rozwój sektora może mieć wpływ na zmiany w kierunkach kształcenia w województwie podlaskim? Jakich to mogą być kierunki?

Podsumowanie

Zamknięcie spotkania, podziękowanie za współpracę, poinformowanie o przydatności rezultatów oraz zachęta do dalszej współpracy w tej dziedzinie.

Czas: 5 minut

Moderator:

Biorąc pod uwagę wszystko to, o czym rozmawialiśmy na dzisiejszym spotkaniu, a więc o sektorze rehabilitacji geriatrycznej czy chciałoby Państwo jeszcze coś na zakończenie powiedzieć? Dziękuję za uczestnictwo w spotkaniu.

Załącznik 3.

Lista podmiotów sektora rehabilitacji geriatrycznej

Gabinety i ośrodki rehabilitacyjne, które podpisały kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia Podlaski Oddział Wojewódzki

1. Białostockie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie
2. Caritas Decezji Łomżyńskiej Centrum Rehabilitacji pw. Św. Rocha
3. Centrum Medyczne Medrex
4. Ema Medica Rehabilitacja Sławomir Polecki
5. Grupowa Praktyka Lekarska ZOZ Bargłów Kościelny s.c.
6. Niepubliczny Rehabilitacyjny Zakład Opieki Zdrowotnej s.c.
7. Niepubliczny Specjalistyczny ZOZ Ośrodek Diabetologiczny Popula s.c. E. Popławska, U. A. Puch, G. Laszewska
8. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Kaudium”
9. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Medyk”
10. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Multimedica IV”
11. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Rehabilitacja” Iwona Sic
12. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centrum Medyczne Hansa
13. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Medetrina
14. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Omni-Med Zofia Stojak
15. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Rehabilitacja Lecznicza Zdrowie Anna Jabłońska
16. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Remedica
17. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej s.c. „Cordis”
18. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Vita Med Centrum Medyczne
19. Niepubliczny Zespół Leczniczo-Rehabilitacyjny Centrum Kompleksowej Rehabilitacji Sp. z o.o.
20. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Rehabilitacja”
21. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ośrodek Wieloprofilowego Usprawniania Dzieci z Mózgowym Porażeniem Dziecięcym w Białymstoku
22. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Podlaskie Centrum Medyczne
23. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Poradnia Rehabilitacji Grażyna Jaroszewicz
24. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Poradnia Rehabilitacji leczniczej „Biomed”
25. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Poradnia Specjalistyczna Rehabilitacja
26. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Rehabilitacji w Gródku Elżbieta Bojarzyńska
27. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia specjalistyczna „Anel-Med.” sp.j. Andrzej Bronisław Misztalewski, Małgorzata Wiśniewska
28. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Sportowo-Lekarska
29. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Rehabilitacja Domowa Małgorzata Alicja Szarejko
30. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Zakład Fizykoterapii i Rehabilitacji Leczniczej
31. Podlaskie Centrum Medycyny Sportowej i Ortopedii
32. Polski Komitet Pomocy Społecznej Zarząd Okręgowy
33. Polski Związek Głuchych Specjalistyczny Ośrodek Diagnostyki i Rehabilitacji Dzieci i Młodzieży z Wadą Słuchu
34. Polski Związek Głuchych Specjalistyczna Poradnia Rehabilitacji Dzieci i Młodzieży z Wadą Słuchu

35. Rehabilitacyjny Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Reh-Med s. c.
36. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Augustowie
37. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bielsku Podlaskim
38. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Dąbrowie Białostockiej
39. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Hajnówce
40. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lipsku
41. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łapach
42. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mońkach
43. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sejnach
44. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Siemiatyczach
45. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sokółce
46. Samodzielny Szpital Miejski im. PCK w Białymstoku
47. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ośrodek Rehabilitacji w Suwałkach
48. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzki Szpital Zespolony im. J. Śniadeckiego
49. Specjalistyczne Centrum Medyczno-Rehabilitacyjne przy „Polskiej Grupie Farmaceutycznej” Sp. z o.o.
50. Specjalistyczny Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Lege Artis
51. Stacja Opieki Caritas w Puńsku
52. Szpital Ogólny im. dr Witolda Gineła w Grajewie
53. Szpital Ogólny w Kolnie
54. Szpital Ogólny w Wysokiem Mazowieckiem
55. Szpital Powiatowy w Zambrowie - Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej
56. Szpital Wojewódzki im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Łomży
57. Uniwersytecki Dziecięcy Szpital Kliniczny im. L. Zamenhofs w Białymstoku
58. Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku
59. Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji
60. Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Łomży

Gabinety i ośrodki rehabilitacyjne – inne

1. „ABM” Rehabilitacja Marek Sewastianik, Białystok
2. „Anamed” Centrum Zdrowia i Urody Anna Wołkowicz, Łomża
3. „Arkom” Usługi Rehabilitacyjne Ewa Kilian, Kolno
4. „Armedis” - Ośrodek Rehabilitacji Niemowląt, Dzieci i Dorosłych, Białystok
5. „Artros” S.C. Jolanta Wnuczko Andrzej Niewiński, Białystok
6. „Artros” S.C. Rehabilitacja Jolanta Wnuczko Andrzej Niwiński, Białystok
7. „Dan-Med.” Danuta Sosnowska, Suwałki
8. „Dobreterapię” - Ośrodek Terapii Manualnych Marek Sawoń, Białystok
9. „Magia Dotyku” S.C. Salon Masażu, Białystok
10. „Neuron” Rehabilitacja Funkcjonalna Bartosz Lenkiewicz, Białystok
11. „Ranczo” Jacek Dymper, Suwałki
12. „Reh-Med” Dariusz Konopka, Łomża
13. „Vitalis” Patryk Być, Łomża
14. „Zacznijmy od Podstaw” Teresa Mosiejko, Białystok
15. „ZPD” Piotr Pytasz, Białystok

16. Ab Fizjo Artur Bieroza, Białystok
17. Bigiej Jacek Gabinet Rehabilitacyjny, Czyżew-Osada
18. Centrum Rehabilitacji i Fizjoterapii reMed, Supraśl
19. Cesarz Anna Gabinet Masażu, Białystok
20. Chrzanowski Dariusz Masaże Leczniczo-Rehabilitacyjne, Białystok
21. Fizjoterapeuta Jakub Dziurdzikowski, Suwałki
22. Gabinet medycyny manualnej-terapia bólu Jolanta Szyszło, Białystok
23. Gabinet Refleksologii i Masażu Katarzyna Andrzejewska, Białystok
24. „Fizjoclinic Wnuczko” Rehabilitacja S.C. Gabinet leczenia bólu i fizjoterapii Jolanta Wnuczko, Magdalena Wnuczko, Białystok
25. Gabinet rehabilitacji „Vertebra” Robert Marek Sierpiński, Białystok
26. Grabowska Marzena Gabinet Rehabilitacji, Białystok
27. Integracyjne Centrum Wypoczynku Edukacji i Rehabilitacji WBN Maniówka, Nowa Wieś, Suwałki
28. Jabłońska Urszula Gabinet Fizjoterapii Leczniczej, Czarna Białostocka
29. Jaroszewicz Grażyna Poradnia Rehabilitacji, Białystok
30. Jodczyk Józef Gabinet Masażu i Rehabilitacji Leczniczej, Białystok
31. Jodczyk Józef Prywatny Gabinet Fizykoterapeutyczny, Białystok
32. Kamińska Halina Rehabilitacja, Białystok
33. Krzywicka Anna Usługi Fizjoterapeutyczne, Augustów
34. Kuptel Anieli Gabinet Rehabilitacyjny, Białystok
35. Łukasiewicz Łukasz Działalność Fizjoterapeutyczna, Hajnówka
36. Majewska Maja Gabinet Rehabilitacyjny, Łomża
37. Nalikowska Mirosława Rehabilitacja, Bielsk Podlaski
38. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Zakład Fizykoterapii i Rehabilitacji Leczniczej, Białystok
39. Niksa Krzysztof Gabinet Fizjoterapeutyczny, Stawiski
40. Ośrodek Rehabilitacji Leczniczej przy Zarządzie Okręgowym PKPS w Łomży. Zakład rehabilitacji, Łomża
41. Ośrodek Rehabilitacyjno-Wypoczynkowy „Sosenka”, Sochonie, Wasilków
42. Ośrodek Wypoczynkowo-Rehabilitacyjny PKPS „Pensjonat Ptaki”, Baliki, Nowogród
43. Podboraczyńska Magdalena Fizjoterapeuta, Suwałki
44. Podgórski Hubert Gabinet Fizjoterapeutyczny, Siemiatycze
45. Rutkowska Bożena Fizjoterapeuta, Suwałki
46. Rybak Maria Przedsiębiorstwo Usługowe, Białystok
47. Tworkowska Anna Usługi Rehabilitacyjne, Wysokie Mazowieckie
48. Wasilewski Marek Masaż, Suwałki
49. Zakład Fizykoterapii i Rehabilitacji Leczniczej NZOZ - Krzysztof Szarejko
50. Żelechowska Alicja Gabinet Masażu, Łomża

Sanatoria

1. Białostockie Przedsiębiorstwo Usług Socjalnych Budownictwa Sanatorium Uzdrowiskowe „Budowlani”, Augustów

Zakłady opiekuńczopielęgnacyjne i opiekuńczo lecznicze

1. Hospicjum „Dom Opatrzności Bożej” Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej, Białystok
2. Niepubliczny Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy Podlasie Stowarzyszenie „Praca i Rozwój”, Dworaki Staśki
3. Samodzielny Publiczny Zakład Opiekuńczo-Lecznicy dla Dzieci i Młodzieży, Siemiatycze
4. Oddział Opiekuńczo-Lecznicy, Szpital w Ciechanowcu
5. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej, Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy, Łapy
6. Samodzielny Publiczny Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy, Krynki
7. Zakład Opieki Długoterminowej, Siemiatycze
8. Zakład Opiekuńczo-Lecznicy, Szpital w Hajnówce
9. Zakład Opiekuńczo-Lecznicy, Bielsk Podlaski
10. Zakład Opiekuńczo-Lecznicy, Szczuczyn
11. Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy w Sejnach
12. Zakład Opiekuńczo-Lecznicy, Łomża
13. Zakład Opiekuńczo-Lecznicy, Szpital w Knyszynie
14. Zakład Opiekuńczo-Lecznicy, Szpital w Mońkach

Opieka pielęgniarstwa i agencje opiekuńcze

1. „Opieka” Podlaskie Centrum Opiekunek, Białystok
2. „Quartet” S.C. Dom Pogodnej Starości, Sokole
3. „Spokojna Przystań” Dom Pomocy Społecznej dla Osób Przewlekłe Chorych Psychiczenie, Garbary
4. „Zacisze” Dom Opieki, Ostra Góra
5. Agencja Wsparcia PATRON
6. Dom spokojnej starości „Złota Jesień”, Wólka Ratowiecka
7. Drągowski Tadeusz Zakład Usługowy Usługi Opiekuńcze dla Osób Starszych, Łapy
8. Prywatne Domy Ostoj, Dolistowo Nowe
9. Zakład Opieki Zdrowotnej Hospicjum Domowe, Białystok
10. „BetaMed” Centrum Medyczne Beata Drzazga, Białystok
11. Rutkowski Robert Opieka Nad Osobami Starszymi, Augustów
12. „Basia” Praktyka Pielęgniarska Barbara Szumska, Bielsk Podlaski
13. „Ewa” Prywatna Praktyka Pielęgniarska Ewa Stasiuk, Bielsk Podlaski
14. „Medgran” S.C. Niepubliczny Zakład Pielęgniarsstwa Środowiskowego-Rodzinnego T. Sosnowska D. Krawiel M. Zajączkowska, Białystok
15. „Medica” S.C. Usługi Pielęgniarskie, Białystok
16. „Panaceum” S.C. Zakład Opieki Zdrowotnej, Sokółka
17. „Piast” S.C. Grupowa Praktyka Pielęgniarek Środowiskowo-Rodzinnych Irena Nikiforuk Teresa Stojda Joanna Stypułkowska, Białystok
18. „Puls” Pielęgniarsko-Położniczy M.Rogowska J.Malecka A.i.Fabisiak E.Modzelewska Z.Rutkowska S.C., Łomża
19. „Vea” S.C. Niepubliczny Pielęgniarski Zakład Opieki Zdrowotnej, Łapy
20. Aleksandra Przyborowska Firma, Grajewo
21. Babińska Stanisława Firma Usługowa, Przerośl

22. Zienkiewicz Helena Usługi Pielęgniarskie, Ciechanowiec
23. Bargłowska-Gosko Janina Firma Usługowa, Białystok
24. Bogacka Henryka Praktyka Pielęgniarska, Zambrów
25. Butkiewicz Bogusława Usługi Pielęgniarskie, Suwałki
26. Chomutnik Anna Pomoc Pielęgniarska, Kurowszczyzna
27. Domalewska Teresa Praktyka Pielęgniarska, Zambrów
28. Fiedoruk Irena Prywatna Praktyka Pielęgniarska, Bielsk Podlaski
29. Gniazdowska Elżbieta Praktyka Pielęgniarska, Czyżew-Osada
30. Gromotowicz Katarzyna Firma Usługowa, Białystok
31. Indywidualna Praktyka Pielęgniarska Teresa Muczyńska, Białystok
32. Jesionkowska Małgorzata Usługi Pielęgniarskie, Łomża
33. Mikiewicz Jolanta Praktyka Pielęgniarska, Białystok
34. Koc Aldona Usługi Pielęgniarskie, Ciechanowiec
35. Kochańska Jadwiga Kamińska Marianna Mendrycka Anna S.C. Usługi Pielęgniarskie, Siemiatycze
36. Niewińska Marzanna Prywatna Praktyka Pielęgniarska, Bielsk Podlaski
37. Kuczyńska Maria Pielęgniarka, Dziekonia
38. Perzanowska Emilia Praktyka Pielęgniarska, Grajewo
39. Radziwonowski Patryk Praktyka Pielęgniarska, Białystok
40. Roszkowska Ewa Profilaktyka Medyczna, Wysokie Mazowieckie
41. Szulc Ewa Usługi Pielęgniarskie, Raczki
42. Trzaska Jadwiga Usługi Pielęgniarskie, Łomża
43. Turowska Katarzyna Praktyka Pielęgniarska, Białystok
44. Łuczaj Krystyna Praktyka Pielęgniarska, Poświętne
45. Waśkiewicz Jadwiga Praktyka Pielęgniarska, Białystok
46. Winiewicz Beata Usługi Pielęgniarskie, Krasnopol
47. Zaremba Monika Usługi Pielęgniarskie, Łomża

Domy pomocy społecznej

1. Dom Pomocy Społecznej im. Wiktorii Kowalewskiej w Łomży
2. Dom Pomocy Społecznej pod wezwaniem św. Franciszka z Asyżu w Tykocinie
3. Dom Pomocy Społecznej w Augustowie, ul. 3 Maja 57
4. Dom Pomocy Społecznej w Augustowie, ul. Studzieniczna 2
5. Dom Pomocy Społecznej w Białowieży
6. Dom Pomocy Społecznej w Białymstoku, ul. Świerkowa 9 (Miasto Białystok)
7. Dom Pomocy Społecznej w Białymstoku, ul. Baranowicka 203 (powiat białostocki)
8. Dom Pomocy Społecznej w Brańsku
9. Dom Pomocy Społecznej w Choroszczy
10. Dom Pomocy Społecznej w Czerewkach
11. Dom Pomocy Społecznej w Garbarach „Spokojna Przystań”
12. Dom Pomocy Społecznej w Grajewie
13. Dom Pomocy Społecznej w Jałowie z filią w Łażniach, Filia Łażnie
14. Dom Pomocy Społecznej w Kozarzach
15. Dom Pomocy Społecznej w Łomży

16. Dom Pomocy Społecznej w Mocieszach
17. Dom Pomocy Społecznej w Mońkach
18. Dom Pomocy Społecznej w Sejnach
19. Dom Pomocy Społecznej w Starzynie
20. Dom Pomocy Społecznej w Suwałkach
21. Dom Pomocy Społecznej w Uhowie
22. Powiatowy Dom Pomocy Społecznej w Siemiatyczach

Ośrodki SPA i wellness

1. Best Western Hotel Żubrówka
2. Delfin kompleks hotelowy & Spa, Augustów
3. Dwór Soplicowo Spa & Wellness, Białowieża
4. Evolution salony Urody & SPA. Autoryzowany gabinet Thalgo. Hotel Branicki, Białystok
5. Hotel Gołębiowski, Białystok
6. Hotel Warszawa Spa & Resort, Augustów
7. Spa & Wellness Hotel Cristal, Białystok
8. Spa Bobrowa
9. Zdrojówka Spa Horodniany, Białystok